

PERCEPCIÓN DE VIOLENCIA DE USUARIOS HOSPITALIZADOS EN LOS SERVICIOS CLÍNICOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA REGIÓN DE LA ARAUCANÍA - CHILE

VIOLENCE PERCEPTION BY USERS HOSPITALIZED IN CLINICAL SERVICES OF A PUBLIC HOSPITAL IN THE REGION OF LA ARAUCANIA - CHILE

SARA BARRIOS CASAS*
TATIANA PARAVIC KLIJN**

RESUMEN

La violencia como proceso global y atinente a la realidad contemporánea se ha convertido en un problema para la salud pública, no quedando ajenos a ello los contextos de salud. La presente investigación es de tipo cuantitativa-descriptiva-correlacional, de corte transversal, cuyo objetivo fue describir la percepción de violencia de los usuarios hospitalizados en los servicios de cirugía y medicina de un hospital público de la Región de la Araucanía. La muestra no probabilística estuvo conformada por un total de 510 pacientes hospitalizados, de los cuales 88 pertenecían al servicio de medicina y 422 al servicio de cirugía durante el año 2008; a quienes previo consentimiento informado se les aplicó el instrumento, que fue confeccionado y validado por las autoras. Entre los resultados se observó que frente a la pregunta percibe violencia, un 12,9% de los encuestados respondió afirmativamente. Algunas de las variables que resultaron estadísticamente significativa en los pacientes que percibieron o no violencia, fueron el número de hospitalizaciones anteriores de los usuarios, días de hospitalización actual, el haber sido violentados en la adultez; el consumo de alcohol y de tabaco. Se concluye que existe percepción de violencia a nivel hospitalario, en un espacio que debe ser de sanación, en donde las personas que acuden esperan que se les entregue una atención de calidad, con respeto, dignidad y sin violencia.

Palabras clave: Percepción de violencia, usuarios hospitalizados, violencia en el contexto de atención de salud.

ABSTRACT

Violence as a global process affecting contemporary reality has become a public health problem, including the aspect of violence in health contexts. This quantitative research was a descriptive correlational cross – sectional study, whose aim was to describe the perception of violence by users hospitalized in surgical and medical services at a public hospital in the Region of la Araucanía. A non probabilistic sample was conformed by 510 hospitalized patients, in which 88 belonged to the medical service and 422 to surgery service during 2008; to whom previous informed consent, we applied the instrument, which was produced and validated by the authors. Among the results, it was observed that for the question about perceived violence, 12.9% of respondents answered affirmatively. Some of the variables that were statistically significant in patients who perceived violence or not, were the number of hospitalizations of users, current hospital days, having been abused in adulthood, alcohol and smoking. We conclude that there is perception of violence in hospitals, in a space that should be for healing, where people expect you to deliver quality care with respect, dignity and without violence.

Key words: Perception of violence, hospital patients, violence in the context of health care.

Fecha recepción: 25/06/09 Fecha aceptación: 02/11/09

* Enfermera. Dra. en Enfermería, Magíster en Educación, profesora Depto. de Pediatría y Cirugía Infantil, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera. Temuco. Chile. Claro Solar 115. Casilla 54-D. Temuco. Chile. Teléfono: (56-45) 325772; Fax: (56-45) 744321. E-mail: sbarrios@ufro.cl

** Enfermera. Dra. en Enfermería, Magíster en Enfermería mención Enfermería en Salud Comunitaria, profesora Depto. de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. Concepción. Chile. E-mail: tparavic@udec.cl

INTRODUCCIÓN

La violencia es un fenómeno que involucra a seres humanos, en sus circunstancias temporales y espaciales, y en su entorno social y familiar. Por ello, la violencia es un fenómeno complejo (1), sumamente difuso y complicado, cuya definición no puede tener exactitud científica, ya que es una cuestión de apreciación (2, 3). La Organización Mundial de la Salud (OMS), la define como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (2, 4).

Pese a las distinciones particulares de cada autor en torno a la violencia, se observan elementos comunes que están presentes en la mayoría de las conceptualizaciones y que permiten definirla como cualquier situación de abuso de poder que vulnera los derechos y necesidades de personas, adoptando diversas formas, de acuerdo al contexto relacional en el que opera y los mecanismos mediante los cuales se intenta someter al otro (5, 6, 7).

Sus diferentes grados, niveles y concepciones están en correspondencia con los valores, normas y creencias de cada país, época y clase social (8), es así que la noción de lo que son comportamientos aceptables e inaceptables, o de lo que constituye un daño, está influida por la cultura y sometida a una continua revisión a medida que los valores y las normas sociales evolucionan (9).

Al respecto, se ha logrado establecer que la violencia es un problema de salud pública porque afecta de manera grave la salud y el desarrollo social y económico de amplios sectores de la población, amenaza el desarrollo de los pueblos, la calidad de vida, las condiciones generales de salud y el bienestar de la población (10). La violencia es un comportamiento no deseado, pero cualquier

individuo puede ser víctima de la violencia en algún momento de su vida, la mayoría de las veces esta violencia es provocada a través de palabras o acciones (11) y es una forma de relación social que tiene implícito el ejercicio del poder, cuyo objetivo es la dominación, implica un arriba y un debajo de roles reales con gran carga simbólica, traducido en padre-hijo, profesor-alumno, hombre-mujer, joven-anciano, profesional-paciente. Atenta contra la integridad biopsicosocial del individuo que la padece, así como de las personas con quienes interactúan (8).

Por otra parte, una de las áreas que también ha sido afectada por la violencia es el área de salud. Diversos investigadores (12, 13, 14, 15) han descrito violencia en diferentes contextos de atención de salud, tanto en hospitales, consultorios y postas.

El hospital se constituye en un sistema social complejo y delicado, en el cual la presencia de multiplicidad de personas con distintos roles, como profesionales, técnicos, pacientes, alumnos, familiares, conforman una red interactiva que puede inducir a desarrollar o modificar actitudes (16) que pueden llevar a hechos violentos.

En dicha realidad, los pacientes receptores de los servicios sanitarios pueden ser violentados a través de variadas manifestaciones, que vulneran sus derechos, los que muchas veces no son solamente ignorados por los dispensadores de la atención de salud, sino también por los mismos pacientes. En una atención que ha priorizado la tecnificación y los conocimientos teóricos debe rescatarse el trato humano, lo que permitiría otorgar, ciertamente, no sólo una mejor atención, sino que un cuidado más digno (13). En esta realidad, el profesional de enfermería y el equipo de salud tienen un papel trascendental en la promoción de los ambientes libres de violencia. Ambos deben facilitar el logro de un alto nivel de bienestar en los usuarios, para lo cual se hace necesaria la modificación de circunstancias desfavorables para la salud, como es el ambiente de violencia que afecta

a la salud negativamente. En este aspecto, es importante considerar las situaciones que el usuario percibe como violentas, para permitir a enfermería y al equipo de salud intervenir previniendo su aparición (15).

Al ser la violencia un problema polifacético con raíces biológicas, psíquicas, sociales y ambientales, debe abordarse en varios niveles diferentes a la vez, uno de ellos se refiere a los factores individuales de riesgo y a la adopción de medidas para modificar los comportamientos de riesgo individuales y sociales. Al respecto, Chappell y Di Martino (17), a través del Modelo Interactivo de Violencia Laboral, que está basado en el análisis de los factores de riesgo, tanto individuales como sociales, determina la manifestación de conductas violentas en el ámbito del trabajo, que según los autores es aplicable también a otras dimensiones del quehacer humano (17, 18, 19).

Conocer la situación de violencia percibida por los usuarios en los diversos contextos de salud y abordar esta problemática constituye una necesidad, ya que se requiere proponer estrategias para prevenir y/o intervenir si la situación así lo requiere, contribuyendo con el compromiso adquirido por el CIE (20) de erradicar la violencia en las instituciones de salud, otorgando prestaciones sanitarias seguras y libres de este flagelo (21).

En ese contexto, el profesional de enfermería tiene un rol gravitante ante los usuarios, pues su foco de atención es el cuidado de la salud de las personas, donde el individuo es el centro de la atención, respetando su integridad física, mental, su dignidad y autonomía como seres sociales (22), esto implica estar alertas e identificar constantemente los factores que están influyendo en la salud de los pacientes, en especial de los que se encuentran hospitalizados. La atención de enfermería debe estar dirigida al individuo en forma integral, contemplando distintos tipos de estímulos, los que muchas veces son desconocidos para quienes presentan alguna alteración en el estado de salud (13) o son dependientes de otros, situación que los hace

vulnerables a los diversos comportamientos violentos o a ser una potencial víctima de ellos (21).

Basado en lo anterior, es que se deben profundizar y ampliar los estudios en torno a la violencia en los contextos en salud, a fin de que los profesionales de enfermería utilicen herramientas para hacer frente al urgente desafío de detectar, reducir y modificar las conductas y situaciones de violencia que se generen en contra de los usuarios hospitalizados, que podrían generar efectos en la calidad de la atención, en la satisfacción usuaria, aumentando los días de hospitalización y generando un mayor costo en la atención. Es así que esta investigación tiene como objetivo describir la percepción de violencia de los usuarios hospitalizados en los servicios de cirugía y medicina de un hospital público de la Región de la Araucanía.

Sus resultados contribuirán a dimensionar dicho problema y aportar información para la mejor toma de decisión de la autoridad sanitaria en lo referente a prevenir la violencia en los usuarios y, con ello, a evitar las consecuencias negativas que traería esta conducta a nivel de la atención de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño cuantitativo de tipo descriptivo correlacional, de corte transversal. La muestra fue de tipo intencionada no probabilística (error de un 4.2% y nivel de confianza de 95%), quedando constituida por 510 usuarios hospitalizados (88 del Servicio de Medicina y 422 de Cirugía de un Hospital público de la Región de la Araucanía) durante el año 2008. Los criterios de inclusión de la muestra fueron: estar hospitalizado en los Servicios de Medicina y Cirugía, con un mínimo de 2 días de estada en el Servicio y que accedieran voluntariamente a participar en la investigación.

Las variables dependiente e independientes que se consideraron en la investigación se encuentran descritas en Anexo, Tabla 1.

Los datos fueron recolectados con el instrumento Percepción de Violencia en Usuarios Hospitalizados (elaborado y validado por las autoras), que consta de cuatro partes: A) Antecedentes generales y de salud; B) Escala de percepción de violencia que está compuesta por los cuatro aspectos de violencia: psicológica, física, sexual e institucional; C) Otros antecedentes; D) Antecedentes personales de riesgo. La escala de percepción de violencia en su conjunto tiene un Alfa de Cronbach de 0.75.

El estudio consideró todos los aspectos éticos, para lo cual se solicitó la autorización en los comités de ética del Hospital y del Servicio de Salud Araucanía. En relación a los usuarios, se respetó la autonomía de éstos ya que fueron informados acerca del motivo de la investigación, se les explicó en qué consistía y los beneficios que ésta pudiese traer para ellos, es así como todos los usuarios que participaron de este estudio firmaron un consentimiento informado, previo a la recolección de los datos.

Para el análisis de los datos fue necesario crear una base de datos en la que se vació la información recogida y luego fue analizada a través del programa estadístico SPSS.12. Se aplicó estadística descriptiva para determinar el perfil de la muestra, como distribución de frecuencias relativas y absolutas, media y desviación estándar y para establecer asociación de variables se utilizó la prueba X^2 . El nivel de significación utilizado en las pruebas estadísticas fue de un 5%.

RESULTADOS

El perfil biosociodemográfico de los usuarios muestra que el 52.9% eran mujeres; con una edad que fluctuaba entre 15 y 86 años (media de 51.9; sd.: 18.3), el 36.5% eran adultos

maduros; el 81.6% pertenecían al Fondo Nacional de Salud (FONASA); el 27.1% eran de etnia mapuche.

En cuanto al estado civil, el 53.7% eran casados y el 27.8% solteros; la escolaridad presentó rangos entre 0 y 20 años (sd.: 4.39; media: 8.2), ocupando el mayor porcentaje los usuarios con enseñanza básica (45.1%).

La situación laboral, el 34.1% de los usuarios encuestados eran dueñas de casa y el 30.6% trabajadores activos; el 64.3% tenían ingresos familiares menores a \$159.000; sus hogares en el 61.6% de los casos estaba conformado por 1 y 4 personas.

En relación al perfil de salud, el 23.5% de los usuarios presentaba como enfermedad preexistente patologías del sistema cardiovascular (*Hipertensión arterial, arritmias, otras*) y el 19.2% patologías del sistema endocrino (*Diabetes mellitus, hipotiroidismo, otras*); el 45.1% había estado hospitalizado en otra oportunidad (sd.: 1.68; media: 1), siendo las causas más frecuentemente señaladas para ello, la *Diabetes mellitus, coleditiasis, obstrucción biliar, hernias, parto, entre otras*.

Las principales causas de hospitalización en este estudio fueron las patologías del sistema digestivo (38.4%), entre las que destacan la coleditiasis, obstrucción vías biliares y hernias; seguidas por las patologías sistema cardiovascular (*insuficiencia aguda, infarto agudo al miocardio, arritmias y embolias*) con 14.1%; con un número de días hospitalizados que varía entre 2 y 90 días, con un promedio de 9 días. El 53.7% de los usuarios de los servicios en estudio requirieron ayuda durante su hospitalización, ésta fue para satisfacer sus necesidades de movilización, de eliminación intestinal y vesical, de alimentación, etc.

Del total de los 66 usuarios que señalaron percibir violencia, 8 pertenecían al servicio de medicina (12.1%) y 58 al de cirugía (87.9%). En la distribución de los grupos etáreos se encontró diferencia significativa con un p : 0.050, la mayor percepción de violencia fue en los adultos jóvenes con 48.5%. En cuanto

al sexo, las mujeres percibieron más violencia que los varones en un porcentaje igual a 66.7% (p: 0.011) (Anexo, Tabla 2).

Respecto a la previsión, un mayor porcentaje de los usuarios pertenecía al Fondo Nacional de Salud (FONASA) A y B (33.3% y 30.3%; p: 0.003) (Anexo, Tabla 2).

La variable de escolaridad resultó significativa (p: 0.007), distribuyéndose los casos en su mayoría entre los usuarios que presentan escolaridad básica incompleta y media completa. En cuanto al número de personas que habitan el hogar, el mayor porcentaje de personas que percibieron violencia habitan en casas con menos de cuatro personas (54.5%; p: 0.005) (Anexo, Tabla 2).

En el perfil de salud de los usuarios según percepción de violencia, las variables que resultaron estadísticamente significativas fueron el número de hospitalizaciones anteriores de los usuarios (p: 0.046), encontrándose los mayores porcentajes en los pacientes que no habían estado hospitalizados (39.4%) y en los que estuvieron una vez (30.3%). Además, en relación al número de días de hospitalización actual, un 63.8% de los que percibían violencia había permanecido entre 2 a 6 días hospitalizado (p: 0.030) (Anexo, Tabla 3).

En cuanto a los antecedentes de violencia de los usuarios durante la infancia, se observó que habían sido violentados física, psicológica o sexualmente en la casa, en el colegio u otro lugar, pero las diferencias no mostraron resultados estadísticamente significativos. Por otra parte, los usuarios sí declararon haber sido violentados en la adultez, destacando el maltrato físico en la actual hospitalización (p: 0.000) y en el trabajo (p: 0.012) (Anexo, Tabla 4).

En relación al consumo de drogas lícitas e ilícitas en usuarios hospitalizados, los beneficiarios que reconocieron que ingerían alcohol, sin considerar la frecuencia, percibieron violencia en un 57.6% (p: 0.012); por otro lado, se observó una diferencia estadísticamente significativa (p: 0.003) entre los pacientes que fumaban menos de 10 cigarrillos

diarios y que percibieron violencia (30.3%) (Anexo, Tabla 5).

Los usuarios identifican como agentes agresores de violencia: al médico en un 12.1% (p: 0.000), a la enfermera en un 6.1% (p: 0.012), al técnico paramédico en un 12.1% (p: 0.000), al auxiliar de aseo en un 3.0% (p: 0.083) y a los estudiantes de medicina en un 6.1% (p: 0.000) (Anexo, Tabla 6).

En cuanto a las razones de percepción de violencia, el 27.3% de los usuarios señaló que era debida a la sobrecarga de trabajo del personal; el 24.2% las atribuyó que presenta problemas personales y en un 18.2% a culpa del usuario (Anexo, Tabla 7). El horario en que se percibía violencia en un mayor porcentaje era en todo horario (36.4%), y en un 30.3% en la noche (Anexo, Tabla 8).

Por otro lado, los usuarios identificaban calidad en la atención cuando existía preocupación por el usuario: atención en el trato, atención rápida, resolutivez, no discriminación, estar presentes cuando se les necesita y respeto mutuo (Anexo, Tabla 9).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La violencia como proceso global y atinente a la realidad contemporánea se ha convertido en un problema para la salud pública. Su magnitud se denota por las millones de personas que mueren cada año por causas atribuibles a ella y por la mortalidad que representa (23). Un tipo de violencia es la hospitalaria, los pacientes receptores de los servicios sanitarios pueden ser violentados a través de variadas manifestaciones, que vulneran sus derechos y los que muchas veces no son solamente ignorados por los dispensadores de la atención de salud, sino también por los mismos usuarios (13).

Los resultados de la aplicación del instrumento para estimar la violencia en los usuarios hospitalizados muestran que en la pregunta directa de que si percibían violen-

cia, un 12.9% de ellos respondieron afirmativamente. Burgos y Paravic (13) reportaron en su estudio que los pacientes percibieron violencia en un 39.7%, mientras que en los usuarios de centros de atención primaria este porcentaje alcanza valores de 84.17% (15), cifras que no coinciden con el porcentaje encontrado en el presente estudio, situación que se podría deber a que los usuarios por miedo a represalias en la atención no quieran señalar si son violentados, además al conversar con los pacientes éstos refieren malos tratos en la atención o que sus necesidades no son satisfechas, quizás estos elementos no los reconozcan como violencia hacia ellos.

También, se observó que las mujeres perciben más violencia. Es así que la violencia contra las mujeres tiene hondas raíces sociales y culturales y se basa en la creencia ancestral de que la mujer es propiedad del hombre, quien puede tratarla como juzgue adecuado, por lo que está vinculada al desequilibrio en las relaciones de poder entre hombres y mujeres en los ámbitos social, económico, religioso y político (24). Por su parte, Lugo et al. (25) refieren que las mujeres son las que más sufren de violencia y para la Organización Mundial de la Salud la violencia contra las mujeres es un problema de salud pública, y que la magnitud del fenómeno sólo se conoce parcialmente, ya que está infradiagnosticado, infradeclarado e infradocumentado; además es en algunas regiones del mundo y en algunos grupos de edad una de las principales causas de morbimortalidad (26). En las instituciones de salud y entre éstas los hospitales, se replican los diversos esquemas jerárquicos y las relaciones de poder que se observan en la sociedad, a pesar de que en los hospitales la mayor parte del personal está constituida por mujeres, las decisiones y el poder la ostentan mayoritariamente los hombres (médicos, ingenieros, odontólogos, etc.).

Al relacionar la escolaridad con la percepción de violencia, se encontró que los usuarios con enseñanza media son los que perci-

bieron mayormente la violencia. En otras investigaciones, los autores encontraron como factores de riesgo en la violencia, el nivel educacional similar y cuyos datos son congruentes con la presente investigación (13, 14, 24, 27).

Por otro lado, el número de hospitalizaciones previas a la actual, señaladas por los usuarios, indica que el 44.7% ha estado internado en un establecimiento hospitalario, por lo que tendrían una vivencia previa respecto a ello, conocen el sistema, su funcionamiento e incluso en algunas situaciones al personal que los atiende, todo lo anteriormente influiría en ser más susceptible a la percepción de violencia.

En cuanto a los antecedentes personales relacionados con la historia de violencia en la infancia y/o en la adultez, se encontró que un bajo porcentaje presentaba antecedentes de violencia, sin embargo existe relación estadísticamente significativa entre los usuarios que presentaban este antecedente en la infancia de maltrato psicológico en el colegio; en el caso de la violencia en la adultez, la relación estadísticamente significativa está dada con las variables maltrato físico en la actual hospitalización y maltrato físico en el trabajo.

Otro antecedente personal de riesgo de violencia es el consumo de drogas lícitas e ilícitas, como el alcohol, tabaco y otras drogas. En este sentido, Amarista (28) identifica al alcohol y al tabaco como un factor desencadenante de violencia. Así, el uso y abuso del tabaco, alcohol y otras drogas constituyen a nivel mundial un serio problema de salud por sus nefastos efectos a nivel de todas las áreas de las personas y su entorno (29), incluidas las instituciones que conforman la sociedad (30). Al respecto, la Organización de Naciones Unidas (ONU) y la OMS caracterizan este fenómeno como una problemática que afecta negativamente a la humanidad en su conjunto y a los individuos consumidores, en sus roles sociales, económicos y de salud (31). Además, en los usuarios hospitalizados

que consumen drogas lícitas e ilícitas como el alcohol y el tabaco, al estar internados se produce un síndrome de privación ya que éstos por su situación de pacientes dejan de consumir estas sustancias, situación que los deja más vulnerables a percibir violencia o poder ser un perpetrador de este fenómeno.

Por otro lado, los pacientes fueron capaces de identificar sólo en un bajo porcentaje al agente agresor, esta situación se podría deber a que el usuario se encuentra en un ambiente extraño, en que no identifica los roles de los distintos miembros del equipo de salud, ya sea profesionales, técnicos, auxiliares y alumnos de las diferentes carreras de la salud.

Entre las razones que los usuarios del estudio reconocen como factores de violencia hacia ellos, se encuentran: por culpa de los pacientes mismos; por personal de edad; falta de paciencia del personal; sobrecarga de trabajo del personal; discriminación hacia los usuarios de escasos recursos; trabajadores con problemas personales y falta de comunicación con los usuarios. Uno de las razones que podría explicar que los funcionarios ejerzan violencia sería el estrés laboral. Diversos autores (13, 17) señalan que éste es identificado como el motivo más frecuente para ejercer violencia; es así que los actos agresivos surgen con mayor facilidad en entornos sometidos a estrés, que se genera en parte porque los pacientes tienen necesidades insatisfechas y que exigen ser solucionadas por los funcionarios de la salud, quienes no siempre pueden satisfacerlas (32). Al respecto, Chappell y Di Martino (17), reconocen que la sobrecarga de trabajo es un factor determinante en la presentación de comportamientos violentos en los individuos. Alvarado y Vera (33) plantean que los mayores problemas con respecto a la atención tienen que ver con aspectos de la comunicación entre el paciente y el equipo que le brinda la atención, la que considera entre otros la explicación del diagnóstico, del tratamiento y de las indicaciones después del alta. La falta de estos aspectos son reconocidos por los

usuarios como factores de violencia.

El paciente está en una situación de vulnerabilidad por el hecho de estar enfermo, especialmente hospitalizado, se alteran sus relaciones familiares, laborales, es desplazado de su territorio vital a otro desconocido y complejo, pasa a tener un papel pasivo, dependiente de personas extrañas. Todo ello le va a producir cambios emocionales intensos que alteran su autoestima, y los sentimientos de pertenencia, seguridad e identidad que puede ser la causa de la pérdida de sentido del control físico y/o psicológico. Se va generar una relación profesional, que es asimétrica y jerárquica, que pueden convertir al paciente en víctima de actos considerados agresivos o violentos (34).

Finalmente se concluye que existe percepción de violencia a nivel hospitalario, en un ambiente en el que no debiese producirse este fenómeno, sino que debiese ser un espacio de sanación, en donde los usuarios que acuden se les entregue una atención de calidad, con respeto, dignidad y sin violencia.

En este aspecto, el profesional de enfermería posee las herramientas para intervenir creando estrategias para evitar la violencia en el contexto de salud, implicando a todos los agentes que participan en las instituciones de salud (equipo de salud, usuarios, autoridades), pues se requiere el esfuerzo coordinado de todos estos actores; asimismo se debe apoyar y fomentar el desarrollo de hábitos saludables para todos los trabajadores, que incluya la creación de oportunidades para generar, mantener y reforzar cambios de comportamiento (35) que ayuden al trabajo con los usuarios.

REFERENCIAS

1. Morin E. Introducción al Pensamiento Complejo. España: Gedisa; 1998.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Report on Global Violence and

- Health. Geneva, Switzerland; 2002.
3. Casique L, Furegato A. Violence against women: theoretical reflections. *Rev. Latino-Am Enfermagem* 2006; 14 (6): 950-56.
 4. Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R. Informe Mundial sobre la violencia y la salud. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica y Técnica N° 588. Ginebra. Suiza; 2003.
 5. Blanco A, De la Corte L. Poder, ideología y violencia. Ignacio Martín Baró. Madrid: Editorial Trotta; 2003.
 6. Corsi J. Maltrato y abuso en el ámbito doméstico. Fundamentos teóricos para el estudio de la violencia en las relaciones familiares. Buenos Aires: Paidós; 2003.
 7. Pedreira J. La infancia en la familia con violencia: Factores de riesgo y contenidos psicopatológicos. *Psiquiatria.com* [Revista en Internet] 2003. [Acceso 30 de junio de 2009]; 4(1). desde la base de datos PsychARTICLES.
 8. Reyes L. Enfermedad mental y violencia. Propuestas de Intervención en Enfermería. *Rev Cubana Enfermer.* 2007; 23 (4): 14-8.
 9. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Plan de Acción Regional. Ginebra. Suiza; 2002.
 10. Concha-Eastman A, Villaveces A. Guías para el diseño, implementación y evaluación de sistemas de vigilancia epidemiológica de violencia y lesiones. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; 2001.
 11. Poblete M, Valenzuela S. Enfermeras en riesgo: Violencia laboral con enfoque de género. *Index Enferm.* 2005; 14 (51): 40-4.
 12. Letelier P, Valenzuela S. Violencia: Fenómeno relevante de estudio en campos clínicos intra-hospitalarios de enfermería. *Cienc. enferm.*, 2002; 8(2): 21-6.
 13. Burgos M, Paravic T. Percepción de violencia de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un hospital público. *Cienc. enferm.*, 2003; IX (2): 29-42.
 14. Paravic T, Valenzuela S, Burgos M. Violencia percibida por trabajadores de atención primaria de salud. *Cienc. enferm.*, 2004; X (2): 53-65.
 15. Paredes L, Paravic T. Percepción de violencia y factores asociados según usuarios de un consultorio y postas de salud. Concepción. Chile. *Cienc. enferm.*, 2006; XII (1): 39-51.
 16. Valenzuela S. Factores que influyen en la actitud de los estudiantes de enfermería hacia el cuidado de pacientes durante sus experiencias clínicas médico-quirúrgicas [Tesis Magíster]. Universidad de Concepción, Concepción, Chile; 1995.
 17. Chappell D, Di Martino V. *Violence at Work*. Geneva: International Labour Office; 1998.
 18. Di Martino V. Relationship between work stress and workplace violence in the health sector. Joint Programme on Workplace in the Health Sector. ILO/ICN/WHO/PSI. Geneva; 2003.
 19. Di Martino V, Hoel H, Cooper C. Preventing violence and harassment in the workplace. The European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Ireland; 2003.
 20. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Unidas frente a la violencia: Las enfermeras, dispuestas siempre a ayudarte; 2001. [Acceso 28 de junio de 2008]. Disponible en: <http://www.icn.ch>
 21. Burgos M, Paravic T. Violencia hospitalaria en pacientes. *Cienc. enferm.*, 2003; IX (1): 9-14.
 22. Málvarez, S. Reflexiones sobre la investigación en enfermería: contexto y perspectivas. En *Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales*. Serie PALTEX Salud y sociedad 2000 N° 9. Organización Panamericana

- de la Salud. Organización Mundial de la Salud; 2008.
23. Gómez B, Ramírez V. XXI ¿Otro siglo violento? España: Editorial Díaz Santos; 2005.
 24. Blanco P, Ruiz-Jarabo C, García L, Martín-García M. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gac Sanit.* 2004; 18, suppl.1: 182-8.
 25. Lugo B, Díaz N, Gómez R, Gutiérrez G. Violencia intrafamiliar mortal. *Rev Cubana Hig Epidemiol.* [Revista en Internet] 2002. [acceso 2 de junio de 2009]; 40 (3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol40_3_02/hig05302.htm
 26. Organización Mundial de la Salud (OMS). Multi-country study on women's health and domestic violence progress report. Ginebra: WHO/WHD; 2001.
 27. Barrios S, Paravic T. Validación del modelo de Chappell y Di Martino adaptado al usuario hospitalizado [tesis doctoral]. Concepción: Universidad de Concepción; 2009.
 28. Amarista F. La violencia. *Gac Méd Caracas.* 2008; 116 (4): 273-80.
 29. González R, Rojas J, Barcena Y, Rojas R, Oviedo D. Consumo de sustancias en estudiantes de quinto año de medicina: evolución en tres lustros. *Revista Hospital Psiquiátrico de La Habana* [revista en Internet]. 2005. [Acceso 17 de noviembre de 2006]. Disponible en: <http://www.psiquiatricohph.sld.cu/hph0205/hphsu0205.htm>
 30. Ministerio de Salud (MINSAL). Encuesta Calidad de Vida. Gobierno de Chile. 2000.
 31. Rojo M, Villela S, Da Silva E. Concepción de los estudiantes de enfermería sobre promoción de la salud ante el uso de sustancias psicoactivas. *Rev. Latino-Am Enfermagem* 2008; 16: 627-33.
 32. Hirigoyen M. El acoso moral en el trabajo: Distinguir lo verdadero de lo falso. Barcelona: Paidós Ibérica; 2001.
 33. Alvarado R, Vera A. Evaluación de la satisfacción de usuarios de hospitales del sistema nacional de servicios de salud en Chile. *Revista Chilena de Salud Pública.* 2001; 5 (2-3): 81-9.
 34. Yales C. La violencia en el sector sanitario. II Plan director en prevención de riesgos laborales de la comunidad de Madrid (2004-2007). Comisiones obreras de Madrid. Secretaría de Salud Laboral de Comisiones Obreras de Madrid. 2006.
 35. Barrios S, Paravic T. Promoción de la salud y un entorno laboral saludable. *Rev. Latino-Am Enfermagem* 2006; 14 (1): 136-41.

ANEXO

Tabla 1. Variables dependiente e independientes.

Variables		
Dependiente	Percepción de violencia de usuarios hospitalizados	
Independientes	Biosociodemográficas	Edad
		Sexo
		Ciudad de residencia
		Previsión de salud
		Etnia
		Estado civil
		Escolaridad
		Situación laboral
		Ingreso familiar mensual
		Número de personas que habitan su hogar
	Salud	Servicio de hospitalización
		Presencia de enfermedad
		Hospitalizaciones anteriores en los últimos cinco años
		Causas de hospitalizaciones anteriores
		Causa de hospitalización actual
		Número de días de hospitalización actual
		Ayuda requerida durante la hospitalización actual
		Agentes agresores identificados durante la hospitalización actual
		Razón de violencia percibida durante la hospitalización
		Horario de percepción de violencia durante la hospitalización actual
	Calidad en la atención hospitalaria	
	Personales de riesgo de violencia	Antecedentes de maltrato en la infancia
		Lugar de ocurrencia de maltrato en la infancia
		Tipo de maltrato sufrido en la infancia
		Antecedentes de maltrato en la adultez
		Lugar de ocurrencia de violencia en la adultez
		Tipo de maltrato sufrido en la adultez
		Consumo de alcohol
		Cantidad de alcohol
		Consumo de tabaco
		Consumo de drogas ilícitas
		Uso de medicamentos

Tabla 2. Perfil biosociodemográfico de los usuarios según percepción de violencia.

Variables biosociodemográficas		Percepción de violencia				p
		No		Sí		
		n	%	n	%	
Servicio	Medicina	80	18.0	8	12.1	0.156
	Cirugía	364	82.0	58	87.9	
Edad rango: 15-86 sd.: 18.3. media: 51.9	Adulto joven	148	33.3	32	48.5	0.050
	Adulto maduro	168	37.8	18	27.3	
	Adulto mayor	128	28.8	16	24.2	
Sexo	Mujer	226	50.9	44	66.7	0.011
	Hombre	218	49.1	22	33.3	
Ciudad de residencia	Temuco	164	36.9	32	48.5	0.020
	Padre Las Casas	24	5.4	8	12.1	
	Lautaro	26	5.9	4	6.1	
	Vilcún	22	5.0	0	0	
	Otras	208	46.8	22	33.3	
Previsión	FONASA A	190	42.8	22	33.3	0.003
	FONASA B	106	23.9	20	30.3	
	FONASA C	32	7.2	12	18.2	
	FONASA D	26	5.9	8	12.1	
	Isapre	6	1.4	0	0	
	Sin previsión	74	16.7	4	6.1	
	Otra	10	2.3	0	0	
Etnia	Mapuche	120	27.0	18	27.3	0.861
	No mapuche	322	72.5	48	72.7	
	Otra	2	0.5	0	0	
Estado civil	Soltero	118	26.6	24	36.4	0.223
	Casado	242	54.5	32	48.5	
	Separado	20	4.5	0	0	
	Viudo	62	14.0	10	15.2	
	Divorciado/anulado	2	0.5	0	0	
Escolaridad rango: 0-20 sd.: 4.39 media: 8.2	Sin escolaridad	32	7.2	0	0	0.007
	Básica incompleta	152	34.2	20	30.3	
	Básica completa	56	12.6	2	3.0	
	Media incompleta	76	17.1	14	21.2	
	Media completa	76	17.1	20	30.3	
	Superior	52	11.7	10	15.2	
Situación laboral	Trabajador activo	134	30.2	22	33.3	0.550
	Cesante	46	10.4	4	6.1	
	Jubilado	94	21.2	10	15.2	
	Dueña de casa	148	33.3	26	39.4	
	Otro	22	5.0	4	6.1	
Ingreso familiar mensual rango: \$0-\$1500000 sd.: 187541.76 media: 178411.76	< a \$159.000	292	65.8	36	54.5	0.264
	\$159.001 - \$300.000	92	20.7	20	30.3	
	\$300.001 - \$600.000	52	11.7	8	12.1	
	> a \$600.001	8	1.8	2	3.0	
N° personas por hogar rango: 1-13 sd.: 1.89. media: 4.0	Entre 1 y 4	278	62.6	36	54.5	0.005
	Entre 5 y 8	162	36.5	26	39.4	
	Más de 9	4	0.9	4	6.1	

Fuente: Validación del modelo de violencia laboral de Chappell y Di Martino adaptado al usuario hospitalizado. Universidad de Concepción. 2009.

Tabla 3. Perfil de salud de los usuarios según percepción de violencia.

Variables de salud		Percepción de violencia				p
		No		Sí		
		n	%	n	%	
Enfermedad preexistente	No presenta	160	36.0	22	33.3	0.961
	Pat. Sist. Endocrino	84	18.9	14	21.2	
	Pat. Sist. Cardiovascular	104	23.4	16	24.2	
	Otras	96	21.6	14	21.2	
N° hospitalizaciones anteriores rango: 0-10 sd.: 1.68. media: 1	0	256	57.7	26	39.4	0.046
	1	98	22.1	20	30.3	
	2 - 3	58	13.1	12	18.2	
	4 y más	32	7.2	8	12.1	
Causa hospitalizaciones anteriores	No presenta	256	57.7	26	39.4	0.026
	Pat. Sist. Endocrino	20	4.5	2	3.0	
	Pat. Sist. Digestivo	36	8.1	8	12.1	
	Pat. Sist. Reproductor	16	3.6	6	9.1	
	Otras	116	26.1	24	36.4	
Causa de hospitalización actual	Pat. Sist. Digestivo	174	39.2	22	33.3	0.438
	Pat. Sist. Cardiovascular	58	13.1	14	21.2	
	Pat. Sist. Tegumentario	54	12.2	6	9.1	
	Pat. Sist. Respiratorio	44	9.9	6	9.1	
	Otras	114	25.7	18	27.3	
N° días de hospitalización actual rango: 2-90 sd.: 10.9. media: 9	2 a 6 días	244	55.0	42	63.6	0.030
	7 a 12 días	120	27.0	8	12.1	
	13 y más días	80	18.0	16	24.2	
Ayuda requerida	No	210	47.3	26	39.4	0.142
	Sí	234	52.7	40	60.6	

Fuente: Idem.

Tabla 4. Frecuencia de respuestas sobre los antecedentes previos de violencia en las diversas etapas de la vida de los usuarios según servicio.

			Percepción de violencia				p
			No		Sí		
			f	%	f	%	
Violencia en la Infancia	Maltrato físico en la casa	No	384	86.5	52	78.8	0.075
		Sí	60	13.5	14	21.2	
	Maltrato psicológica en la casa	No	392	88.3	54	81.8	0.103
		Sí	52	11.7	12	18.2	
	Maltrato sexual en la casa	No	438	98.6	66	100.0	0.433
		Sí	6	1.4	0	0	
	Maltrato físico en el colegio	No	410	92.3	60	90.9	0.417
		Sí	34	7.7	6	9.1	
	Maltrato psicológico en el colegio	No	424	95.5	58	87.9	0.019
		Sí	20	4.5	8	12.1	
	Maltrato sexual en el colegio	No	442	99.5	66	100.0	0.758
		Sí	2	0.5	0	0	
	Maltrato físico en otro lugar	No	434	97.7	66	100.0	0.247
		Sí	10	2.3	0	0	
	Maltrato psicológico en otro lugar	No	438	98.6	64	97.0	0.277
		Sí	6	1.4	2	3.0	
	Maltrato sexual en otro lugar	No	444	100.0	66	100.0	
		Sí	0	0	0	0	

Continuación Tabla 4.

Violencia en la adultez	Maltrato físico en la casa	No	418	94.1	64	97.0	0.271
		Sí	26	5.9	2	3.0	
	Maltrato psicológico en la casa	No	408	91.9	62	93.9	0.388
		Sí	36	8.1	4	6.1	
	Maltrato sexual en la casa	No	444	100.0	66	100.0	
		Sí	0	0	0	0	
	Maltrato físico en actual hospitalización	No	444	100.0	62	93.9	0.000
		Sí	0	0	4	6.1	
	Maltrato psicológico en actual hospitalización	No	444	100.0	66	100.0	
		Sí	0	0	0	0	
	Maltrato sexual en actual hospitalización	No	444	100.0	66	100.0	
		Sí	0	0	0	0	
	Maltrato físico en hospitalización anterior	No	438	98.6	66	100.0	0.433
		Sí	6	1.4	0	0	
	Maltrato psicológico en hospitalización anterior	No	430	96.8	66	100.0	0.140
		Sí	14	3.2	0	0	
	Maltrato sexual en hospitalización anterior	No	444	100.0	66	100.0	
		Sí	0	0	0	0	
	Maltrato físico en el trabajo	No	440	99.1	62	93.9	0.012
		Sí	4	0.9	4	6.1	
Maltrato psicológico en el trabajo	No	424	95.5	60	90.9	0.105	
	Sí	20	4.5	6	9.1		
Maltrato sexual en el trabajo	No	444	100.0	66	100.0		
	Sí	0	0	0	0		
Maltrato físico en otro lugar	No	430	96.8	66	100.0	0.140	
	Sí	14	3.2	0	0		
Maltrato psicológico en otro lugar	No	430	96.8	62	93.9	0.193	
	Sí	14	3.2	4	6.1		
Maltrato sexual en otro lugar	No	444	100.0	66	100.0		
	Sí	0	0	0	0		

Fuente: Idem.

Tabla 5. Frecuencia de consumo de drogas lícitas e ilícitas en usuarios hospitalizados según la percepción de violencia.

Variables		Percepción de violencia				p
		No		Sí		
		f	%	f	%	
Cantidad de alcohol a la semana	No consume	258	58.1	28	42.4	0.035
	Consume < de 500 cc	88	19.8	20	30.3	
	Consume entre 501 a 1.000 cc	18	4.1	6	9.1	
	Consume > a 1.001cc	80	18.0	12	18.2	
Consumo de tabaco	No consume	364	82.0	52	78.8	0.003
	< de 10 cigarrillos diarios	20	4.5	10	15.2	
	Entre 11 y 20 cigarrillos diarios	34	7.7	2	3.0	
	> de 21 cigarrillos diarios	26	5.9	2	3.0	
Consumo de drogas ilícitas	No usa drogas	440	99.1	66	100.0	0.573
	Marihuana	4	0.9	0	0	
Uso de medicamentos	No utiliza	192	43.2	28	42.4	0.011
	Anticoagulante	32	7.2	2	3.0	
	Insulina	20	4.5	10	15.2	
	Antihipertensivo	100	22.5	14	21.2	
	Otros	100	22.5	12	18.2	

Fuente: Idem.

Tabla 6. Frecuencia de respuestas relacionadas con los agentes agresores de violencia de los servicios de Cirugía y Medicina. Hospital Hernán Henríquez Aravena. 2008.

Agentes agresores		Percepción de violencia				p
		No		Sí		
		f	%	f	%	
Médico	No	442	99.5	58	87.9	0.000
	Sí	2	0.5	8	12.1	
Enfermera	No	440	99.1	62	93.9	0.012
	Sí	4	0.9	4	6.1	
Nutricionista	No	444	100.0	66	100.0	
	Sí	0	0	0	0	
Asistente social	No	444	100.0	66	100.0	
	Sí	0	0	0	0	
Técnico paramédico	No	438	98.6	58	87.9	0.000
	Sí	6	1.4	8	12.1	
Auxiliar de aseo	No	442	99.5	64	97.0	0.083
	Sí	2	0.5	2	3.0	
Alumno de medicina	No	444	100.0	62	93.9	0.000
	Sí	0	0	4	6.1	
Alumno de enfermería	No	444	100.0	66	100.0	
	Sí	0	0	0	0	
Alumno de nutrición	No	444	100.0	66	100.0	
	Sí	0	0	0	0	
Alumno de otras carreras	No	444	100.0	66	100.0	
	Sí	0	0	0	0	
Familiares	No	444	100.0	66	100.0	
	Sí	0	0	0	0	
Familiares de otros pacientes	No	444	100.0	66	100.0	
	Sí	0	0	0	0	
Otros	No	444	100.0	66	100.0	
	Sí	0	0	0	0	

Fuente: Idem.

Tabla 7. Distribución porcentual de las razones de percepción de violencia.

Razones de percepción de violencia	n	%
Por culpa del usuario	12	18.2
Por personal de edad	4	6.1
Falta de paciencia del personal	8	12.1
Sobrecarga de trabajo del personal	18	27.3
Discriminación hacia los usuarios de escasos recursos	4	6.1
Personal con problemas personales	16	24.2
Falta de comunicación con los usuarios	4	6.1

Fuente: Idem.

Tabla 8. Distribución del horario donde los usuarios hospitalizados perciben violencia.

Horario	Nº	%
No percibe	2	3.0
Todo horario	24	36.4
08 a 12 h	10	15.2
12 a 20 h	10	15.2
20 a 08 h	20	30.3

Fuente: Idem.

Tabla 9. Expectativas del usuario en cuanto a la calidad en la atención hospitalaria según la percepción de violencia.

		Percepción de violencia				p
		No		Sí		
		Nº	%	Nº	%	
Calidad en la atención hospitalaria	Preocupación por el usuario	391	88.1	54	81.8	0.325
	Existencia de recursos físicos y materiales	30	6.8	6	9.1	
	Existencia de recursos humanos suficientes	23	5.2	6	9.1	

Fuente: Idem.