

PERCEPCION DE VIOLENCIA Y FACTORES ASOCIADOS SEGUN USUARIOS DE UN CONSULTORIO Y POSTAS DE SALUD. CONCEPCION, CHILE

THE USER'S PERCEPTION REGARDING VIOLENCE AND FACTORS
RELATED AT THE ASSISTANCE HEALTH PRIMARY CARE SERVICES.
CONCEPCION, CHILE

LORENA ANDREA PAREDES AREVALO* y TATIANA PARAVIC KLIJN**

RESUMEN

Estudio de tipo transversal correlacional, cuyo objetivo fue conocer la percepción de violencia de los usuarios de un consultorio y postas de salud y los factores relacionados con ella, basada en el Modelo Interactivo de violencia laboral de Chapell y Di Martino. La muestra fue seleccionada al azar y estuvo constituida por un total de 120 usuarios, a quienes se aplicó, en su domicilio y bajo autorización y confidencialidad, un cuestionario de percepción de violencia en los contextos de atención de salud de Paravic y cols., modificado por la autora para la situación de los usuarios del consultorio y postas de salud. Los datos que arrojó la investigación fueron procesados con el programa estadístico SAS. De los resultados encontrados, el 84,17% de los usuarios percibió violencia. El nivel de violencia percibido fue de una intensidad mediana y alta. De éstos, el 96,75% de los usuarios refirió haber experimentado violencia psicológica, atribuida a características institucionales y de trato humano de los funcionarios de salud. Un 50,83% percibió influencia de la violencia en su salud mental. Los agentes agresores percibidos por los usuarios fueron principalmente funcionarios administrativos y auxiliares paramédicos, siendo identificado el estrés laboral como su causa prioritaria. El SOME y el servicio de urgencia fueron identificados como aquellos lugares donde existe mayor vulnerabilidad a ser violentado. Las variables que resultaron ser predictoras de la percepción de violencia de los usuarios, incluidas en el modelo de regresión logística fueron: edad, escolaridad, número de hijos e ingreso familiar, señalando que aquellos usuarios más jóvenes, con escolaridad completa, con hijos y con un ingreso mayor, son aquellos que perciben mayor violencia en la atención del consultorio.

Palabras claves: Percepción de violencia, factores asociados, usuarios de consultorio y postas de salud.

ABSTRACT

A correlate transversal study, whose objective was to be able to know the user's perception regarding violence in primary health care services and other factors related, based in the Working Violence Interactive model by Chapell and Di Martino. The sample was selected randomly and they were about 120 users who answered confidentially a survey in their homes regarding to their violence perception in relation to primary health care services from Paravic and Cols., modified by the author for the user's situation in primary health care services. The outcoming data resulting on the research were processed by the statistics program known as SAS. The results show that the 84.17% of users perceived violent behaviour. The perceived violence level was medium and high. From these two, the 96.75% of users said having experienced psychological violence attributed to corporative features and primary care worker's lack of social skills. A 50.83% perceived an influence of this violence towards their own mental health. Administrative personnel and paramedics were perceived as aggressors towards users, being working stress, identified as the main cause for such behavior. And being SOME and Emergency Care the most likely places to suffer from violence as

* Enfermera. Licenciada en Enfermería mención Enfermería Comunitaria, Universidad de Concepción. Magíster en Enfermería Universidad de Concepción. Docente Universidad San Sebastián. Concepción, Chile. E-mail: lparedes@uss.cl

** Enfermera, Magíster en Enfermería mención Enfermería Comunitaria. Dra. en Enfermería. Profesora Titular Universidad de Concepción. Concepción, Chile. E-mail: tparavic@udec.cl

a user. The variables that turned out to be predictable of user's violence perception included in the regression logistic model were: age, education, number of children and family income; pointing out that younger users with a complete schooling, with children and better income, are the ones more likely to perceive a higher range of violence in primary care services.

Keywords: User violence perception, related factors, primary health care services.

Fecha de recepción: 18/08/05. Fecha aceptación: 29/05/06.

I. INTRODUCCION

En los países de toda América uno de los temas que cobra mayor importancia y que ocupa la atención de los gobiernos, de la sociedad civil y los organismos internacionales es la violencia en sus diferentes formas y manifestaciones, la cual tiene amplias repercusiones para los individuos, sus familias y la sociedad (Orpinas y Ríos, 1999), tanto así que ha sido considerada como un problema de salud pública (Adorno 1997 citado en Cruz, 1999: 260) que está superando a las enfermedades infecciosas como causa principal de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. Es así como más de dos millones de personas mueren cada año a consecuencia de lesiones causadas por la violencia (Consejo Internacional de Enfermería [CIE], 2000).

La violencia es perpetrada en distintos lugares, alcanzando incluso la escuela y el lugar de trabajo (Colegio de Enfermeras, 2000). Según la literatura, uno de los sectores laborales de mayor riesgo frente a la exposición a la violencia es el sector salud (Chapell y Di Martino, 1998). Los contextos de atención de salud son lugares de gran actividad y emoción relacionados con la salud y la enfermedad y la búsqueda de cuidados. Esto conlleva una estrecha interacción entre el personal de salud, los pacientes y los miembros de la familia de éstos. La prevalencia de la violencia en estos contextos es alta (CIE, 2001).

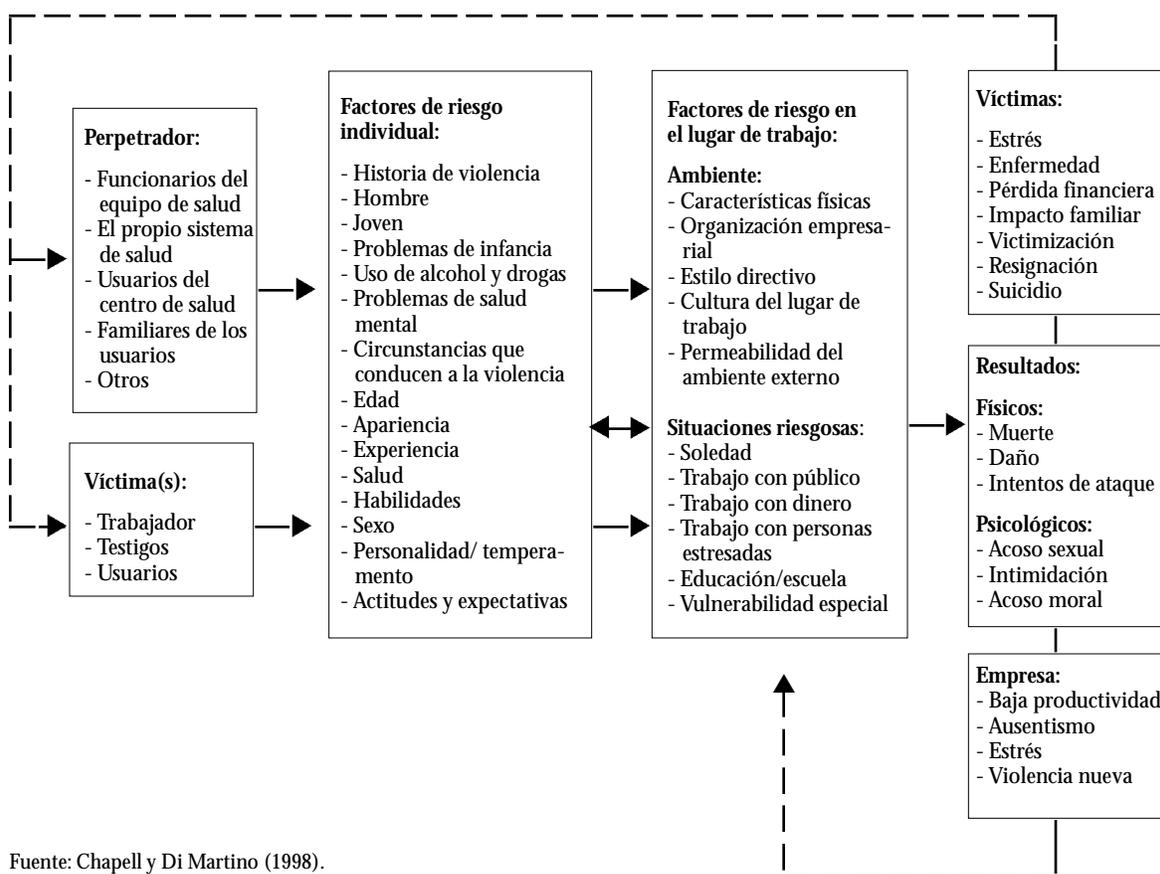
De hecho, más de la mitad del personal de salud ha experimentado al menos un incidente de violencia física o psicológica el año anterior al estudio, pero no sólo han sido víctimas, sino que también han pasado a ser

agresores cuando han abusado de pacientes o colegas (CIE, 2002; Sánchez y Valenzuela, 2002; Burgos y Paravic, 2003; Letelier y Valenzuela, 2002).

Esta violencia, que alcanza tanto a quienes brindan la atención como a quienes la reciben, es decir los usuarios, amenaza la calidad de las prestaciones de salud y la atmósfera de cuidado que debiera existir en dichos establecimientos. Nuestro país no es ajeno a esta realidad. Los servicios de atención primaria, por ejemplo, muestran inconvenientes que favorecen las situaciones de violencia, como por ejemplo: interminables colas, insuficiente disponibilidad de horas de atención médica, dental y de otros profesionales, pérdidas de fichas, trámites burocráticos para recibir atención, infraestructura poco cómoda e inadecuada de las instalaciones, tratos poco amables y desconocimiento de los usuarios en relación a sus derechos, todas las cuales configuran una situación que los hace ser presa fácil de violencia. Contrario a lo anterior, a los usuarios les interesa que se les preste atención oportuna, rápida, eficiente y suficiente en establecimientos limpios y bien equipados y acceso a tratamientos más eficaces y disponibles (Goic, 2000). Este tipo de trato es típico de los entornos de trabajo saludables en los cuales no se ejerce violencia (Di Martino y Musri, 2001). Pero la realidad pareciera ser otra. La violencia se está instalando en los servicios de salud (Chapell y Di Martino, 1998) y, entre éstos, en los establecimientos de atención primaria. Esa fue la motivación que hizo surgir la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la percepción de violencia que tienen los usuarios de un consultorio de atención primaria

de salud y cuáles son los factores que se relacionan con ella? La presente investigación se basó en el Modelo Interactivo de violencia laboral de Chapell y Di Martino (1998), adaptado para el usuario de los consultorios y postas de salud. Se eligió este modelo debido a que es el que mejor interpreta los distintos factores y situaciones de riesgo en los contextos de atención de salud que pueden favore-

cer la aparición de la violencia, según los autores. El término violencia circunscrito al lugar de trabajo u organización, según los autores del modelo, se define como cualquier incidente en el cual existe un agresor o perpetrador que abusa, amenaza o ataca a otra persona considerada como víctima. A continuación se presenta el modelo de los autores citados:



Fuente: Chapell y Di Martino (1998).

Figura N° 1. Modelo Interactivo de Violencia en el lugar de trabajo (Chapell y Di Martino, basado en el modelo de Poyner y Warner, 1998).

Chapell y Di Martino (1998) desarrollaron un modelo de varios factores que encontraron relevantes en la explicación de cómo la interacción entre el perpetrador y la víctima produce un ambiente de violencia en el lugar de trabajo. Entre éstos se encuentran los facto-

res propios de la víctima, del perpetrador (agresor) y del ambiente en el que se desarrollan las acciones. La producción de violencia depende de la existencia e interacción de estos factores potenciales.

Entre los factores que provienen del per-

petrador se encuentran: la edad, experiencias previas de maltrato, uso de drogas, problemas de salud mental y las circunstancias que conducen a la agresión. Entre los factores que pueden asociarse con ser víctima de actos violentos se encuentran: edad, apariencia, experiencias de maltrato previo, salud, sexo, personalidad y temperamento, actitudes y expectativas.

El ambiente influye tanto en el perpetrador como en la víctima de actos violentos, tanto por sus características físicas, organización y aspectos culturales que presenta.

Chapell y Di Martino señalan que existen, además de la presencia de estos factores, ciertos lugares de trabajo que están más expuestos a sufrir actos violentos, debido a las situaciones bajo las cuales se desarrollan las acciones, tales como el trabajo a solas, trabajo con público, trabajar con artículos de valor, trabajar con gente estresada y otras condiciones de vulnerabilidad especial en los diferentes ambientes. Los consultorios y postas de salud cumplen con muchas de estas características, así como también los hospitales, por lo que son lugares expuestos a que se desarrollen episodios de violencia.

La interacción de estos factores podría tener consecuencias tanto en la víctima como en el establecimiento de salud en el cual se encuentra. En la víctima podría presentar repercusiones en la salud física y/o psicológica y en el establecimiento generar continuos reclamos de los usuarios sobre la atención recibida y una espiral de violencia que afectaría a quienes interactúan en ese ambiente.

Enfermería y el equipo de salud tienen un papel trascendental en la promoción de los ambientes de trabajo libres de violencia. Ambos deben facilitar el logro de un alto nivel de bienestar en los usuarios, lo cual hace necesario la modificación de circunstancias desfavorables para la salud, tal como el ambiente violento 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.

De esta forma debe trabajarse por ambientes saludables que consideren las relaciones humanas positivas, un ambiente físico en buenas condiciones, el respeto de los derechos en salud de los usuarios y eliminar la violencia que genera enfermedad.

Objetivo general

-Conocer la percepción de violencia y factores asociados que tienen los usuarios de un consultorio y postas de salud, de una comuna en la provincia de Concepción, Chile.

Objetivos específicos

- Identificar en los usuarios de estos contextos de salud sus características biopsicosociales y demográficas, los tipos de violencia que perciben, el nivel de violencia que perciben, los agentes agresores percibidos, los motivos de los agresores para ejercer violencia, y las reacciones manifestadas cuando se es objeto de violencia.
- Identificar el horario en que perciben mayor violencia los usuarios, los lugares en la institución donde se sienten más vulnerables, si perciben que influye en su salud personal y/o familiar, cuáles serían esos síntomas o signos atribuibles a esta violencia, y las causas que se perciben para esta violencia.
- Relacionar las variables biosociodemográficas con la presencia o no de violencia así como con variables de nivel, tipo de violencia y agentes agresores.
- Caracterizar la evaluación de los usuarios respecto a la atención en el consultorio y postas.

Hipótesis de trabajo

- H1. A mayor calidad de la atención percibida menor percepción de violencia de los usuarios.

- H2. Los usuarios con experiencias de maltrato previo perciben más violencia que los usuarios sin experiencias de maltrato.
- H3. A mayor edad de los usuarios mayor percepción de violencia.
- H4. A mayor escolaridad de los usuarios mayor percepción de violencia.
- H5. Los usuarios perciben mayor frecuencia de violencia durante la atención en SOME.

Variable dependiente

- Percepción de violencia: presencia o ausencia.

Variables independientes

- Edad, sexo, escolaridad, lugar de residencia, situación de pareja, estado civil, previsión de salud, accesibilidad al centro de atención, programa de salud.
- Años de trabajo, situación ocupacional, antigüedad laboral, tipo de contrato, jornada de trabajo semanal, tenencia de varios trabajos, ingreso familiar, personas a su cargo, tipo de atención de salud, número de hijos.
- Trabajo en labores domésticas, tenencia de empleada, tenencia de televisión, visionamiento de programas de televisión, edad de los hijos, horas de visionamiento de programas de televisión.
- Episodios de maltrato previo, consumo de tabaco, consumo de drogas, consumo de alcohol, autopercepción de agresividad /no agresividad, diagnóstico de enfermedad de salud mental, nivel de salud percibida.

II. SUJETO Y METODO

- Tipo de estudio:* Diseño de investigación de tipo descriptivo correlacional y de corte transversal.
- Unidad de análisis:* Constituida por el usuario del consultorio y postas urbanas/rurales de una comuna de la provincia de Concepción, Chile.
- Universo:* Constituido por la población total inscrita y que residen en el sector urbano

y rural de la comuna en estudio, equivalente a 15.425 habitantes, a los que se restaron 425 habitantes debido a los criterios de exclusión (aproximadamente un 2,9%).

-*Criterios de inclusión:* Usuarios que acepten participar en la investigación, usuarios que no posean problemas de salud mental evidenciado en el programa de salud en el cual se atienden, usuarios que habiten en lugares accesibles para que el investigador desarrolle su entrevista.

-*Criterios de exclusión:* Usuarios que no acepten participar en la investigación, usuarios que posean problemas de salud mental, diagnosticado en algunos de los programas que se han atendido, usuarios que habiten en lugares riesgosos o de difícil acceso para que el investigador desarrolle su entrevista.

-*Muestra:* El tamaño de la muestra estuvo conformada por 120 usuarios seleccionados al azar de las fichas de atención del consultorio en estudio.

-*Instrumento recolector de datos:* El instrumento recolector de datos fue el cuestionario confeccionado por Paravic y col. (2000), adaptado a la situación por las autoras, que se aplicó en los domicilios de los usuarios que participaron en la investigación. Es un cuestionario de preguntas cerradas, abiertas y semiabiertas que se compone de una primera parte referente a las variables biosociodemográficas que podrían tener relación con el fenómeno en estudio según el modelo empleado y, una segunda parte, que recolecta información sobre percepción de violencia.

-*Control de calidad de los datos:* El instrumento original fue utilizado en las investigaciones de Paravic y col. (2004), Burgos y Paravic (2003), Sánchez y Valenzuela (2002) y Letelier y Valenzuela (2002).

En la presente investigación se emplearon cuatro grupos focales distintos para adaptar el instrumento a los usuarios del consultorio y postas de atención de salud, a partir de la cual se obtuvo información a través de la dinámica e interacción de estos grupos, en relación a la temática de la violencia.

Con el objetivo de garantizar la calidad de la información se realizó una prueba piloto a 25 usuarios del consultorio de la ciudad de Río Negro, comuna de Osorno.

– *Aspectos éticos de la investigación:* Se solicitó autorización de la dirección del establecimiento de Atención Primaria para llevar a cabo la investigación, lo que incluía el acceso a las fichas clínicas de los usuarios y la aplicación del instrumento de investigación a los usuarios en sus respectivos domicilios. Previa recolección de datos, se solicitó consentimiento informado a los integrantes del estudio asegurando confidencialidad y anonimato.

– *Procesamiento de los datos:* Los datos arrojados por el instrumento recolector fueron procesados en el programa estadístico SAS (Statistic Analysis System) en el Laboratorio de Computación del Departamento de Estadística de la Universidad de Concepción.

III. RESULTADOS

1. Los resultados que corresponden al perfil biosociodemográfico de los usuarios muestran que el 72,5% son del sexo femenino, el 43,33% tienen entre 21 a 40 años de edad. Los adultos mayores corresponden a un 20,83%.

Un 60,83% cuenta con escolaridad incompleta. El 78,33% tiene pareja. De la situación ocupacional, el 45,83% son dueñas de casa, el 30,00% son trabajadores activos y el 24,17%

pasivos. El mayor porcentaje de los integrantes de la muestra pertenecen al Programa del Niño y Adolescente con un 33,33% (madres de los niños). Con respecto a los años de trabajo, un 41,67% tiene de 1 a 5 años de trabajo, un 69,17% no cuenta con contrato, el 51,67% cumple una jornada de trabajo semanal mayor de 48 hrs. De las personas bajo el cuidado del usuario, un 29,17% tiene dos personas más bajo su cuidado. De la edad de los hijos, el 63,77% corresponde al grupo etáreo menor a 13 años. En cuanto a las labores domésticas, el 69,17% realiza este tipo de labores, sin embargo hay un 25% que tiene empleada a tiempo completo. Un 90,83% ve televisión y entre los programas más vistos el 52,50 % corresponde a programas de telenovelas, películas y deporte. Un 24,17% ha manifestado que fue violentado durante su infancia y de éstos un 79,31% ha recibido violencia de tipo física y un 13,79% violencia psicológica. Un 54,17% de los usuarios consume alcohol, de éstos sólo dos manifestaron consumir dos vasos de alcohol diarios, los demás sólo uno al día. Un 24,37% ha contado alguna vez con un diagnóstico de enfermedad de salud mental. De los integrantes de la muestra, un 53,33% manifestó tener una salud buena y sólo un 9,15% dijo tener mala salud.

2. Algunos de los resultados que corresponden a las variables relacionadas con la percepción de violencia se muestran a continuación:

Tabla N° 1. Violencia percibida de los usuarios del consultorio y postas de salud.

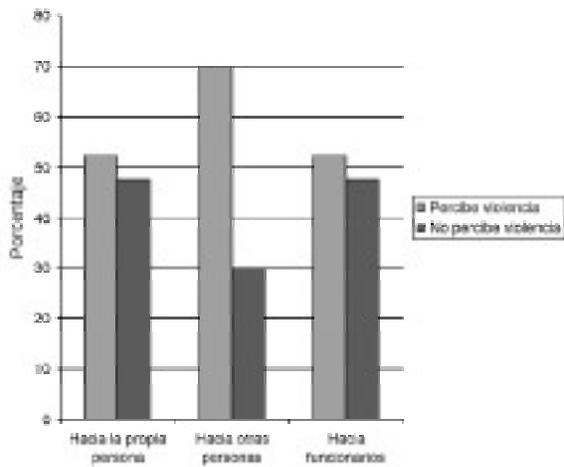
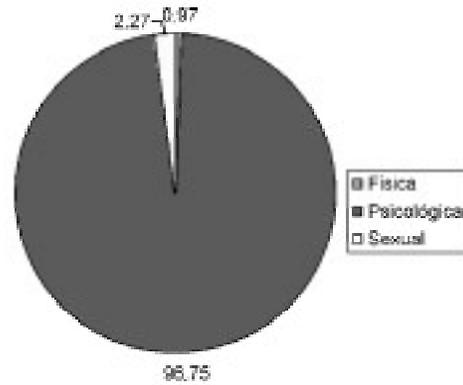
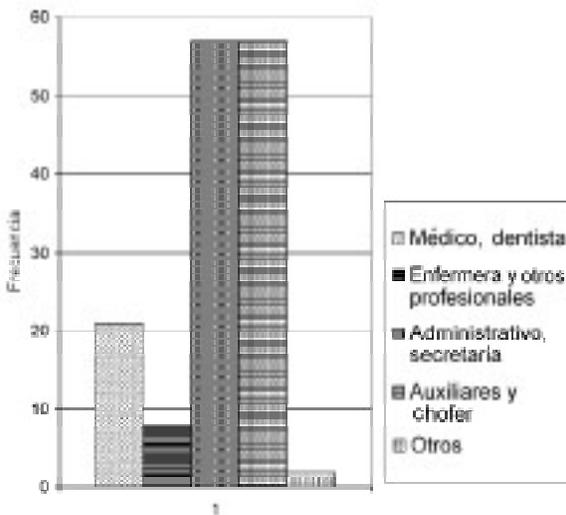


Grafico N° 1. Tipos de violencia percibida.



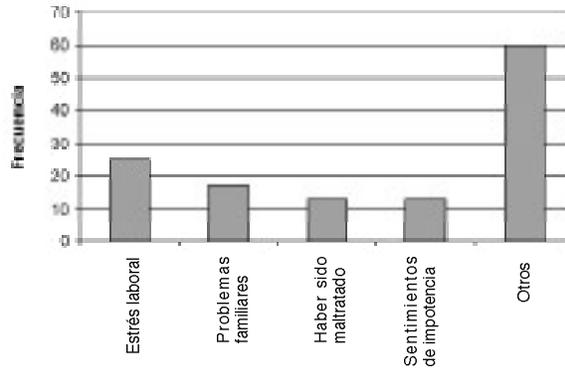
Fuente: Datos extraídos del estudio Percepción de violencia y factores asociados, según usuarios de un consultorio y postas de salud. Concepción, Chile.

Tabla N° 2. Agentes agresores percibidos.



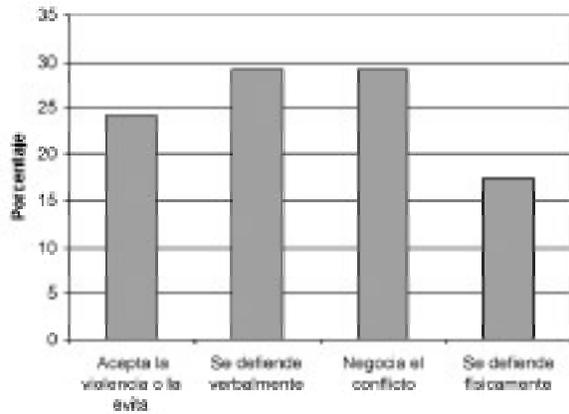
Fuente: Idem Tabla N° 1.

Tabla N° 3. Percepción de usuarios de motivos de los agentes agresores para ejercer violencia



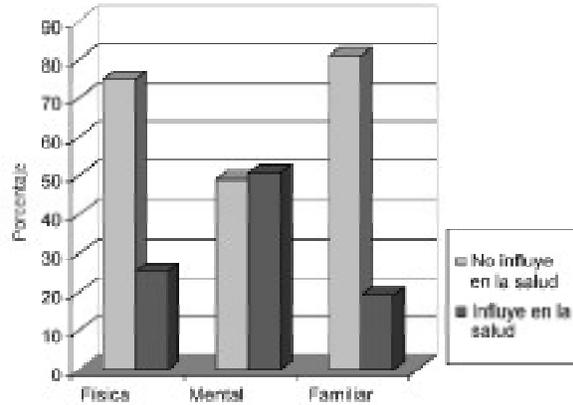
Fuente: Idem Tabla N° 1.

Tabla N° 4. Reacción de los usuarios frente a la violencia.



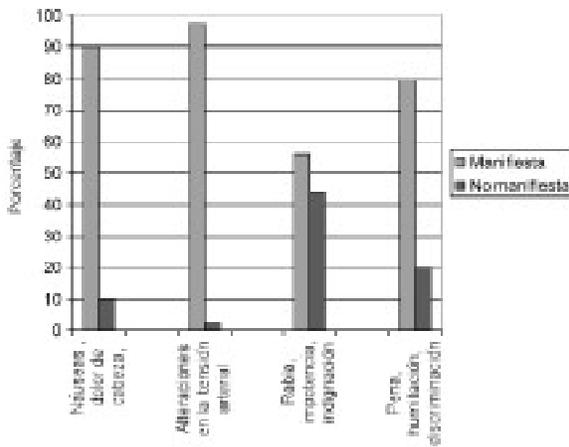
Fuente: Idem Tabla N° 1.

Tabla N° 5. Influencia de la violencia en la salud.



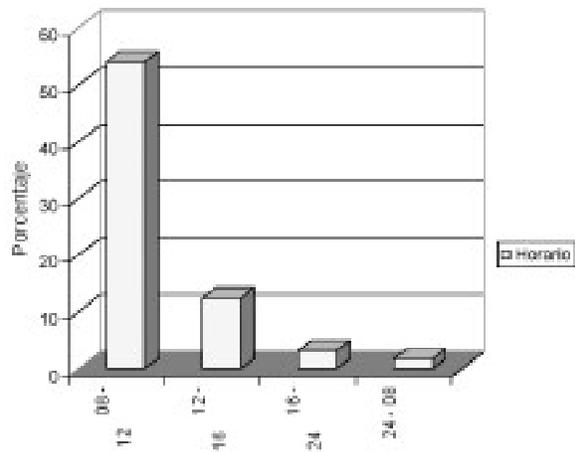
Fuente: Idem Tabla N° 1.

Tabla N° 6. Signos y síntomas relacionados con la violencia manifestados.



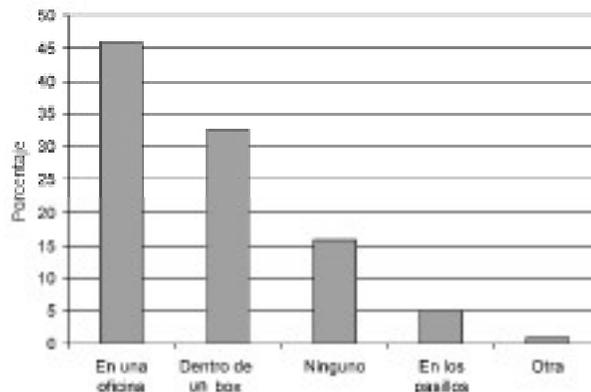
Fuente: Idem Tabla N° 1.

Tabla N° 7. Horario en que se percibe violencia por los usuarios.



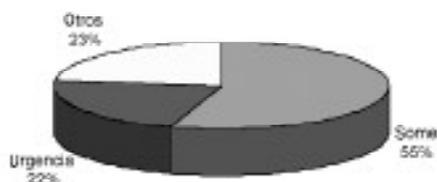
Fuente: Idem Tabla N° 1.

Tabla N° 8. Lugares vulnerables para ejercer violencia.



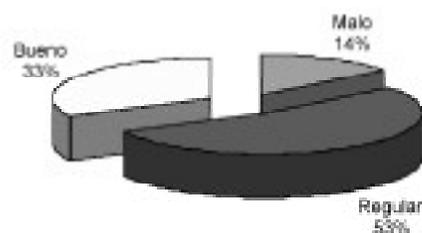
Fuente: Idem Tabla N° 1.

Gráfico N° 2. Servicios más vulnerables para ejercer violencia.



Fuente: Idem Tabla N° 1.

Gráfico N° 3. Evaluación de la atención.



Fuente: Idem Tabla N° 1.

3. Las tablas de contingencia señalaron la existencia de relación estadística entre la variable dependiente y cada una de las variables inde-

pendientes y se obtuvo un modelo de regresión logístico que agrupó las variables predictoras de la percepción de violencia.

Tabla N° 9. Tabla de contingencia percepción o no percepción de violencia durante la atención según variables del estudio que resultaron significativas.

Variables significativas		Percepción de violencia					
		No percibe		Percibe		Total	
		f	%	f	%	f	%
Situación ocupacional	Activo	2	5,56	34	94,44	36	100,00
	No activo	9	31,03	20	68,97	29	100,00
	Dueña de casa	8	14,55	47	85,45	55	100,00
	Total					120	100,00
Chi-cuadrado = 7.9505 p < 0,0188							
Años de trabajo	Sin años	8	20,51	31	79,49	39	100,00
	< 1 año	0	0	3	100,00	3	100,00
	1 a 15 años	4	8	46	92,00	50	100,00
	16 a 30 años	2	12,50	14	87,50	16	100,00
	31 y más años	5	41,67	7	58,33	12	100,00
Total					120	100,00	
Chi-cuadrado = 9.6502 p < 0,0468							
Episodios de violencia previa	Sí	1	3,45	28	96,55	29	100,00
	No	18	19,78	73	80,22	91	100,00
	Total					120	100,00
Chi-cuadrado = 4.4017 p < 0,035							
Evaluación de la atención del consultorio	Mala	0	0	17	100,00	17	100,00
	Regular	2	3,13	62	96,88	64	100,00
	Buena	17	43,59	22	56,41	39	100,00
	Total					120	100,00
Chi-cuadrado = 33.5006 p < 0001							
Edad	0-20 años	1	7,14	13	92,86	14	100,00
	21-40 años	1	1,92	51	98,08	52	100,00
	41-60 años	3	10,34	26	89,66	29	100,00
	Más de 60 años	14	56,00	11	44,00	25	100,00
	Total					120	100,00
Chi-cuadrado = 39.2655 p < 0,001							

Fuente: Idem Tabla N° 1.

Tabla Nº 10. Regresión logística de la percepción de violencia con las variables predictoras independientes.

Variable independiente	Percepción de violencia				
	Coficiente	Error estándar	Chi Square	Valor p	Razón de riesgo
Intercepto	-1.7647	2.1623	0.6661	0.4144	
Edad	-0.9440	0.3258	8.3933	0.0038	0.389
Escolaridad	1.7792	0.9025	3.8869	0.0487	5.925
Ingreso	1.3961	0.5237	7.1067	0.0077	4.040
Número hijos	1.9371	0.7430	6.7967	0.0091	6.939

Hosmer and Lemeshow Goodness of Fit Test
Pr>Chi Sq= 0.3921

Fuente: Idem Tabla Nº 1.

IV. DISCUSION

Un alto porcentaje (84,17%) de los usuarios de la atención primaria del consultorio en estudio percibieron violencia, hallazgo que concuerda con lo encontrado en los estudios realizados por Burgos y Paravic en 2003, siendo sí bastante menor la cifra encontrada por ellos en su trabajo realizado en pacientes hospitalizados (39%), quienes refirieron percibir menos violencia de lo real por temor a represalias de los funcionarios. Los agentes agresores identificados por la mayoría de los usuarios durante la atención fueron: el personal administrativo, secretaria, y personal auxiliar. Los administrativos corresponden especialmente a personal de SOME, éstos reciben a los pacientes y distribuyen las horas de atención para el día, siendo las mañanas el horario de mayor cantidad de público con sobrecarga laboral y estrés, lo que puede desencadenar en estos funcionarios comportamientos violentos hacia los usuarios. El personal auxiliar paramédico es uno de los funcionarios que está durante más tiempo en contacto con el usuario en atención directa, lo que le puede producir desgaste físico y psicológico y circunstancialmente llevarlo a ejercer una actitud violenta hacia el usuario, hallazgos que también fueron encontrados por los autores

mencionados anteriormente. Los lugares vulnerables para ejercer violencia en el consultorio son las oficinas y dentro del box de atención, lugares que coinciden con los espacios de trabajo de los agentes agresores identificados. En la mayoría de las situaciones la violencia no se desencadena por sí misma; en el presente estudio el estrés laboral fue identificado como el motivo más frecuente para ejercer violencia. Este hallazgo coincide con las investigaciones de Sánchez y Valenzuela (2002) y Burgos y Paravic (2003) y con lo expuesto por otros autores (Gray, 2000; Chapell y Di Martino, 1998; Páez y Asún, citado en Vilches, 2000; CIE, 2002; Hirigoyen, 2001). En el presente estudio los usuarios entre 21 y 40 años de edad percibieron violencia con mayor frecuencia. El ser joven es un factor de riesgo para que la violencia sea perpetrada, basada en el hecho de que a corta edad se cuenta con menor número de mecanismos de defensa para enfrentar situaciones conflictivas (García, 2000; Moreno, 1999, Chapell y Di Martino, 1998) y, por otro lado, los usuarios jóvenes manifiestan mayor insatisfacción con la atención recibida, pues son más exigentes con respecto a los servicios de salud otorgados (Hernández y cols., 2002). La situación ocupacional también ha demostrado ser influyente en la percepción de violencia. En este

estudio los trabajadores activos perciben violencia en mayor porcentaje, lo que puede deberse a que los usuarios activos cuentan con menor tiempo para ser atendidos en salud por sus obligaciones laborales y también conocen mejor sus derechos, lo que los hace exigir una mejor y más rápida atención. Con respecto a los años de trabajo, los trabajadores nuevos o aquellos que cuentan con pocos años de ejercicio en el campo laboral poseen menos mecanismos de defensa y experiencia para afrontar los conflictos propios del cargo (Chapell y Di Martino, 1998). En la presente investigación, los resultados informan que, de los usuarios con menos de un año de trabajo, la totalidad percibió violencia, lo que coincide con los hallazgos de la literatura. El número de hijos también resultó influir en la percepción de violencia que tienen los usuarios. Esto se explica porque tener hijos conlleva una mayor carga de trabajo, lo que puede incidir en mayor percepción de violencia. Entre los usuarios del presente estudio predomina una escolaridad incompleta, con un nivel de instrucción preferentemente básico y fueron los que percibieron menor frecuencia de violencia con respecto a los usuarios con escolaridad completa, hallazgo que coincide con otros estudios (Burgos y Paravic, 2003). El hecho de poseer un nivel mayor de escolaridad supone contar con un capital superior de instrucción, de conocimiento de los derechos en salud y mayor posibilidad de enfrentar las situaciones, siendo más crítico al ser atendido insatisfactoriamente y por lo tanto ser más susceptible de percibir violencia. Por otro lado, la relación entre percepción de violencia presente y episodios de maltrato previos, ya sea físico, psicológico o sexual, ha sido señalada frecuentemente en la literatura (Ubillos, Gissi y Betancourt, citado en Vilches, 2000). En la presente investigación, los usuarios que no han tenido episodios de violencia en el pasado percibieron violencia en el presente en mayor frecuencia. Esto es porque probablemente el usuario que ha sido agredido en el pasado está más adaptado a la violencia, a diferencia del que nunca

ha sido violentado, quien es más vulnerable a percibirla. En cuanto al ingreso familiar, a medida que el ingreso económico de los usuarios aumenta, éstos perciben más frecuentemente violencia. Esta variable mostró correlación positiva dentro del modelo de regresión. Otra de las variables que influyó en la percepción de violencia es la evaluación de la atención del consultorio; es así como los usuarios que evaluaron la atención como regular y mala, percibieron mayor frecuencia de violencia. Una evaluación positiva o negativa de las características de la atención brindadas por el personal de salud a los usuarios condiciona la menor o mayor satisfacción del usuario con respecto a la atención. Con respecto a los tipos de violencia, el alto porcentaje de percepción de violencia de tipo psicológica de diferentes investigaciones sobre violencia laboral y otras, coincide con los resultados encontrados por Sánchez y Valenzuela (2002), Letelier y Valenzuela (2002), Burgos y Paravic (2003), Paravic y cols. (2004), Ortiz (2002), Vizcarra y cols. (2001), Almenares y cols. (1999) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 1998). Las manifestaciones de violencia psicológica consideradas por los usuarios incluyeron: equipamiento insuficiente, espera excesiva para ser atendido, rechazo de atención, pago por utilización del baño, entre otras. Sin embargo, los usuarios también manifestaron como parte de la violencia características relacionadas con el trato humano, tales como la discriminación en la atención, incomunicación, pasividad y frialdad. Algunos autores afirman que la deshumanización ya es habitual en la atención de salud (Arroyo de Cordero, 2000; Iceta, 1996, Valenzuela y cols., 2001). La presente investigación señala además que la violencia percibida por los usuarios influye en su salud, preferentemente en su salud mental en un 50,83% de los usuarios. Estos resultados son similares a los obtenidos en las investigaciones realizadas por Burgos y Paravic en pacientes hospitalizados (2003) con un 52,1%, Sánchez y Valenzuela (2002), encontraron un 90%, Letelier y Valenzuela (2002) un 87,3% y

Paravic y cols. (2004) un 78%. La influencia de la violencia en la salud de los usuarios se relacionó con signos y síntomas físicos y psicológicos identificados por los propios usuarios, tales como náuseas, dolor de cabeza, mareos, alteraciones en la tensión arterial, rabia, impotencia, indignación, pena, humillación y discriminación, por lo tanto la percepción de violencia puede tener repercusiones psicosomáticas en las personas. En cuanto al nivel de violencia, la presente investigación reflejó más frecuentemente niveles medianos y altos de violencia, con un 70%. Estos resultados se asemejan a los encontrados en las investigaciones de Sánchez y Valenzuela (2002) con un 96,7%, Letelier y Valenzuela (2002) con un 60% y Burgos y Paravic (2003) con un 82%. La violencia en los contextos de atención de salud produce deterioro en la calidad de la atención a los usuarios y en el entorno laboral. Enfermería y el equipo de salud de atención primaria deben trabajar en la modificación de circunstancias desfavorables para la salud, como el ambiente violento, que afecta negativamente el ambiente laboral y la salud de los usuarios.

IV. CONCLUSIONES

La gran mayoría de los usuarios del consultorio y postas percibe violencia. El nivel de violencia percibido por los usuarios fue calificado por ellos de mediana y alta intensidad.

Las variables de esta investigación que resultaron ser significativas con respecto a la variable dependiente percepción de violencia, fueron: edad, situación ocupacional, años de trabajo, episodios de violencia previa, evaluación de la atención del consultorio. El modelo logístico incluyó las variables: edad, escolaridad, número de hijos e ingreso. Con respecto a los tipos de violencia que identificaron los usuarios, la violencia psicológica

alcanzó el mayor porcentaje de respuestas de los usuarios. La violencia psicológica consideró como manifestaciones más frecuentes las de tipo organizacional y de trato humano. Quienes ejercen violencia hacia los usuarios son principalmente los funcionarios administrativos y auxiliares. El estrés laboral fue considerado el motivo principal para ejercer violencia hacia otro y que está relacionado con las circunstancias laborales. Con respecto a los años de trabajo, la totalidad de los trabajadores con pocos años de ejercicio en el campo laboral percibió violencia. El número de hijos influyó en la percepción de violencia que tienen los usuarios. Tener hijos conlleva una mayor carga de trabajo, lo que puede incidir en mayor percepción de violencia. La forma de reaccionar de los usuarios frente a la violencia es bastante activa: se defienden verbalmente, negocian el conflicto y se defienden físicamente. Los servicios del consultorio en los cuales existe mayor vulnerabilidad a ser violentado son SOME y Urgencias, servicios en los cuales mayoritariamente laboran los funcionarios administrativos y auxiliares. El horario percibido por los usuarios como el de mayor violencia corresponde al comprendido entre las 8:00 y 12:00 hrs., porque en ese horario se concentra la mayor cantidad de usuarios y personal, lo que genera una sobrecarga laboral. La mitad de los usuarios manifestó que la violencia influía en la salud mental. Los usuarios manifestaron signos y síntomas que se relacionaron con la violencia. Entre los físicos destacaron: náuseas, dolor de cabeza, mareos, alteraciones en la tensión arterial, y dentro de los psicológicos: rabia, impotencia, indignación, pena, humillación y discriminación. En cuanto a la calidad de la atención recibida en el consultorio, fue evaluada, en un poco más de la mitad de los usuarios, sólo como regular, y un porcentaje no despreciable la evaluó francamente como mala.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Almenares, M.; Louro, I. y Ortiz, M. (1999). Comportamiento de la violencia intrafamiliar. Extraído el 01 octubre, 2004 de http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_3_99/mgi11399.htm
- Arroyo de Cordero (2000). Humanismo en enfermería. *Rev Enferm IMSS*, 8 (2):61-63
- Burgos, M.; Paravic, T. (2003). Percepción de violencia de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un hospital público, Octava Región. Memoria para optar al Título de Magíster en Enfermería, Escuela de Enfermería, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
- Chapell, D. y Di Martino, V. (1998). *Violence at work*. Geneva: International Labour Organization.
- Colegio de Enfermeras (2000). Frente a la violencia las enfermeras en alerta. Extraído el 01 octubre 2004 de http://www.colegiodeenfermeras.cl/pdf/Varios_Violencia_116.pdf
- Consejo Internacional de Enfermeras (2001). *Unidas Frente a la violencia las enfermeras, dispuestas siempre a ayudarte*. Carpeta de materiales contra la violencia. Extraído el 01 octubre 2004 de http://www.icn.ch/indkit2001_01sp.pdf
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2002). La violencia en el trabajo del sector salud es universal y epidémica. Extraído el 01 octubre 2004 de <http://www.icn.ch/sewapr-june02sp.htm#2>
- Cruz, J. (1999). La victimización por violencia urbana: Niveles y factores asociados en ciudades de América Latina y España. *Revista Panamericana de Salud Publica* 4/5, 259-267.
- Di Martino, V. y Musri, M. (2001). Guidance for the prevention of stress and violence at the workplace. Extraído el 01 octubre 2004 de <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/papers/malaysia/guide.pdf>
- García, C. (2000). *Violencia contra la mujer. Género y equidad en la salud*. Publicación Ocasional N° 6: Organización Panamericana de la Salud.
- Goic, A. (2000). Es hora de pensar en los derechos de los pacientes. Una introducción. *Revista Médica de Chile* 128, 1371-1373.
- Gray, P. (2000). *Combatir los malos tratos*. *Nursing* 2000. Vol 18, N° 10.
- Hernández, B.; García, C.; Carro, R. y López, M. (2002). Satisfacción de usuarios en unidades de medicina familiar. *Revista Médica del IMSS*, 5, 373-378.
- Hirigoyen, M. (2001). El acoso moral en el trabajo. Extraído el 01 octubre 2004 de <http://www.mtas.es/publica/revista/numeros/41/recen2.pdf>
- Icea, M. (1996). Bioética ¿para qué? *Revista Bioética y Ciencias de la Salud* 2 (2), 39-34.
- Letelier, P. y Valenzuela, S. (2002). Violencia percibida por los alumnos de enfermería durante su formación clínica intra-hospitalaria. Memoria para optar al Título de Magíster en Enfermería, Escuela de Enfermería, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
- Moreno F. (1999). La violencia en la pareja. Extraído el 01 octubre 2004 de <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Vol-5-4&5-Moreno.htm>
- Organización Internacional del Trabajo (1998). Cuando el trabajo resulta peligroso. Extraído el 01 octubre 2004 de <http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/inf/magazine/26/violence.htm>
- Orpinas, P. y De los Ríos, R. (1999). La violencia: del conocimiento a la prevención. *Revista Panamericana de Salud Pública* 4/5, 211-214.
- Ortiz, M. (2002). Vigilancia de maltrato a la mujer: Diseño y aplicación de un procedimiento. Extraído el 01 octubre 2004 de <http://www.isis.cl/temas/vi/reflex22.htm>
- Paravic, T.; Sánchez, R. y Valenzuela, S. (2000). Percepción de violencia en los contextos de salud. Instrumento de medición. Universidad de Concepción.
- Paravic, T.; Valenzuela, S.; Burgos, M. (2004). Violencia percibida por trabajadores de atención primaria de salud. *Revista Ciencia y Enfermería* 10 (2) 53-65.
- Sánchez, R. y Valenzuela, S. (2002). Percepción de violencia que afecta a profesionales de enfermería de un hospital de la octava región. Memoria para optar al Título de Magíster en Enfermería, Escuela de Enfermería, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
- Valenzuela, S.; Paravic, T.; Sanhueza, O. y Stieповich, J. (2001). Programa de Salud de la Mujer en Chile: Relación entre lo teórico y lo empírico en la Comuna de Concepción. *Revista Ciencia y Enfermería* 7(1) 53-65.
- Vilches, O. (2000). *Violencia en la cultura: Riesgos y estrategias de intervención*. Santiago, Chile: Sociedad Chilena de Psicología Clínica.
- Vizcarra, M.; Cortés, J.; Bustos, L.; Alarcón, M. y Muñoz, S. (2001). Violencia conyugal en la ciudad de Temuco. Un estudio de prevalencia y factores asociados. Extraído el 01 octubre 2004 de <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872001001200006>