UNIVERSIDAD ACADEMIA HUMANISMO CRISTIANO
CARRERA DE PSICOLOGIA

"PERCEPCIÓN DE VIOLENCIA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE UN ESTABLECIMIENTO PÚBLICO DE LA REGIÓN METROPOLITANA"

PROFESOR GUÍA: ILSE MARIA LOPEZ BRAVO
METODÓLOGO: RAÚL ZARZURI
PROFESOR INFORMANTE: JAVIER LEPE
ALUMNOS: PEDRO ARAOS GOMEZ.
JUAN PABLO MONDACA ARAVENA.

Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología
Tesis para optar al titulo de Psicólogo

Santiago, Mayo 2005

RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo, descubrir e interpretar el relato de la percepción que un grupo de pacientes tiene acerca de la violencia por parte de funcionarios, en específico de los Técnicos Paramédicos durante su hospitalización en los servicios clínicos de Medicina y Cirugía de un hospital público de la Región Metropolitana.

El trabajo se realizó en base a la teoría humanista centrada en la persona que elaboró el Psicólogo Humanista Norteamericano Carl Rogers, cuya experiencia e investigaciones se encuentra en una gran cantidad de libros y artículos del mismo autor y sus colaboradores, publicados y traducidos en su gran mayoría al español.

Para la investigación se usó la Metodología cuali-cuantitativa, por presentarse como congruente con el pensamiento de orientación Rogeriana. Los datos se recogieron por medio de entrevistas individuales y grupales a partir de las cuales se realizó un análisis de contenido de la narración de los participantes.

Los resultados del estudio, reflejan el impacto que provocó en el sí-mismo de los pacientes participantes en esta investigación; resultados que además recogen su opinión respecto a lo que ellos piensan de la atención entregada por los funcionarios. Además, se pudo constatar la estrecha relación de esta experiencia con los Objetivos propuestos al inicio de esta investigación.

DEDICATORIAS.

A los que Amo y me Aman, a cuantos se sientan tan felices como yo al alcanzar este objetivo, y que estarán junto a mí en futuros desafíos.

En especial a mis padres, Juan Pablo y su señora esposa Pilar, cuyo amor, presencia, y apoyo son energía permanente.

A mi familia en general por su incondicional apoyo y cariño.

A mis queridas amigas Eliana y Patricia.

Y a todas esas personas muy significativas que físicamente ya no están, pero permanecen en mi recuerdo con cariño.

JUAN PABLO.

En primer lugar mencionar a mi madre MARIA EUGENIA, por su apoyo en todo este largo proceso de estudios, por su fe en mi persona. Mi logro es su logro.

A mi hermano Sebastián por su desinteresada ayuda con su computador siempre tan bien ponderado, gracias.

A mi abuela que me ha permitido seguir adelante en esta tarea tan importante.

Por último un saludo a todos los personajes anónimos que contribuyeron en mi formación, a todos, mi eternas gracias.

PEDRO.

AGRADECIMIENTOS.

A los Técnicos Paramédicos del Hospital Sótero del Río, por la colaboración prestada y que fue pieza fundamental para el desarrollo de la investigación.

A la Enfermera Sra. Carmen Parra, Jefa de Servicio del Hospital Sótero del Río.

A los profesores que guiaron esta tesis, Profesora Ilse López, Javier Lepe.

A los pacientes participantes en esta investigación, base para el desarrollo de nuestro trabajo investigativo.

A un grupo de profesores de la Academia que colaboró en diferentes momentos de este proceso, Raúl Zarzuri nuestro Metodólogo, Genoveva Echeverría, Elías Padilla, Patricio Mellado y otros docentes que apoyaron nuestro desafío.

A todos nuestros amigos, familiares que siempre estuvieron y estarán apoyando los procesos a los cuales nos vemos enfrentados.

INDICE

Pág

1.- INTRODUCCIÓN:

1.1.- ANTECEDENTES Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 7-12

1.2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN 12-14

1.3.- APORTES Y RELEVANCIA DE LA INVESTIGACIÓN 15-16

2.- OBJETIVOS:

2.1.-OBJETIVO GENERAL 17-18

2.2.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS 17-18

3.-. HIPOTESIS 19

4.- MARCO TEÓRICO

4.1.-EL SISTEMA DE SALUD EN CHILE 20-24

4.2.-DEFINICIÓN DEL CONCEPTO VIOLENCIA 24-26

4.3.-INTENSIONALIDAD 26- 27

4.4.-TIPOLOGÍA DE LA VIOLENCIA 27-30

4.5.-FUNDAMENTOS DE LA TEORÍA HUMANISTA 30-31

4.6.-CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE LA TEORÍA FENOMENOLÓGICA 32

4.7.-FENOMENOLOGÍA Y TEORÍAS DE LA PERSONALIDAD 33-34

4.8.-FILOSOFÍA EXISTENCIALISTA 35-36

4.9.-LA PSICOLOGÍA QUE NACE A PARTIR DE ESTOS POSTULADOS 36-37

4.10.-PSICOLOGÍA HUMANISTA Y PSICOTERAPIA CENTRADA EN LA PERSONA 38-39

5.- MARCO METODOLÓGICO

5.1.- ENFOQUE METODOLÓGICO 40

5.2.- TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN 41-42

5.3.- DELIMITACIÓN DEL CAMPO A ESTUDIAR 42

5.3.1.- UNIVERSO 42

5.3.2.- MUESTRA 42

6.- CRITERIOS INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN 43

7.- METODOLOGÍA DE TRABAJO

7.1.-TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN 44

7.2.- CONFIABILIDAD DE LOS DATOS 45

7.3.- ASPECTOS ÉTICOS 46

7.4.- PROCESAMIENTO DE LOS DATOS 46-47

8.0.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE LOS DATOS 48

8.1- ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO 48-90

9.0.- REGRESIÓN LOGÍSTICA 91-100

10.- CONCLUSIONES 101-104

11.- COMENTARIOS Y SUGERENCIAS 105-106

12.- CRONOGRAMA 107

13.- BIBLIOGRAFÍA 108-109

14.- ANEXOS (A-B) 110-128

1.1.- ANTECEDENTES Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Podría afirmarse que la violencia siempre ha formado parte de la experiencia humana. Entendiendo el término de violencia como toda forma extensa de agresión realizada por un sujeto individual o colectivo, consistente ya sea en el ataque físico, intencionalmente destructivo, contra personas o cosas que representan un valor para la víctima o para la sociedad en general, o bien en la imposición mediante el empleo o la amenaza manifiesta de empleo, de la fuerza física o de algún tipo de arma, a realizar actos gravemente contrarios a la propia voluntad. La violencia sobre las personas se concreta de varias formas, en la colección física a hacer o no hacer, o bien a ceder forzadamente cosas que se poseen, incluso informaciones o confesiones de cualquier tipo.

También se entiende como cualquier forma de influencia, de control, de condicionamiento, a causa de las cuales las realizaciones prácticas e intelectuales de determinados seres humanos son forzadas a mantenerse por debajo de sus realizaciones potenciales. Sus efectos se pueden ver, bajo diversas formas, en todas partes del mundo. Cada año, más de 1,6 millones de personas pierden la vida y muchas más sufren lesiones no mortales como resultado de la violencia auto-infringida, interpersonal o colectiva. En conjunto, la violencia es una de las principales causas de muerte en todo el mundo para la población de 15 a 44 años de edad. (Informe Mundial sobre la violencia y la salud, 2003)

Desde luego, es imposible calcular el costo humano en aflicción y dolor. En realidad, ambos son casi invisibles en gran parte. Aunque la tecnología satelital permite en la actualidad que ciertos tipos de violencia- terrorismo, guerras y disturbios callejeros- aparezcan a los ojos del publico televidente todos los días, es mucha más la violencia que ocurre fuera de la vista de los hogares, los lugares de trabajo e incluso en las instituciones médicas y

sociales encargada de atender a las personas. Muchas de las víctimas son jóvenes, o están muy débiles o enfermas para protegerse. Algunas se ven obligadas, por las convenciones o las presiones sociales, a guardar silencio sobre las experiencias vividas. Sin embargo, ciertos datos pueden describir la magnitud del problema, como por ejemplo, ciertos resultados no mortales en relación a la violencia son mucho más comunes que los mortales, y como ciertos tipos de violencia no están plenamente representados por datos, se necesitan otro tipo de información. Tal información puede ayudar a comprender las circunstancias que rodean a determinados incidentes y a describir todas las repercusiones de la violencia en salud de las personas y las comunidades. Es por ello que no podemos dejar de hacer referencia al concepto de percepción de la violencia como la aprehensión directa de una situación objetiva, basada en sensaciones y acompañada de representaciones y a veces de juicios, formando todo ello un acto único.

Diversos estudios (Buinic y cols, 1999; OMS, 2002), (Chapell y Di Martino, 1998) en la temática de la violencia que afecta a los espacios laborales, concluye que precisamente algunos de estos lugares de trabajo y ocupaciones tienen un mayor riesgo de hechos violentos que otros. Se reconoce en estas investigaciones, que la violencia en el sector salud es universal, tomando en cuenta que el concepto de violencia hospitalaria lo podemos entender como una serie de estímulos y relaciones que surgen en el contexto hospitalario, en una atención que se reconoce como despersonalizada y con falta de privacidad en la que el paciente es el principal sujeto de atención, y que por su condición de enfermo en un ambiente ajeno y muchas veces desconocido recibe comportamientos violentos, tanto físicos como psicológicos, que genera un alto grado de estrés en los trabajadores de la salud, lo que también puede instar a comportamientos violentos, y en los que se evidencia que por ejemplo las enfermeras y el personal de ambulancias tienen mayor riesgo a ser víctimas

de hechos agresivos, el que especialmente corresponde a la violencia de tipo psicológico (CIE, 2002; Sánchez, 2002).

Para Kigma (1999), la violencia que afecta a las enfermeras tiene una doble consecuencia, ciertamente negativa, porque afecta por un lado, la vida de éste profesional y, por el otro, puede afectar el tipo de servicios de salud prestados, es decir, la repercusión se pudiera extender a la calidad de los cuidados de salud otorgados a los pacientes. Así, este complejo fenómeno de la violencia es reconocido también en el ambiente hospitalario, enfocado desde la perspectiva de los trabajadores de la atención de salud. Sin embargo, estudios orientados en este tema, desde el punto de vista de los pacientes o usuarios de los servicios de salud, principal foco de atención en este contexto, no han sido abordados.

La condición de hospitalización hace al individuo vulnerable a variados estímulos, no sólo provenientes de la enfermedad que le afecta, sino también del medio ambiente y relaciones que se establecen durante la hospitalización, en el que adopta o pasa a ser incluido en el “status de paciente” (Martínez, 1997). Entiéndase como paciente hospitalizado, aquella persona que es recluida en un centro de atención de salud por un período de tiempo en el cual, mediante la intervención de profesionales, personal capacitado y acciones de salud brindan el apoyo necesario para la recuperación de su estado de salud. Al respecto, se señala que este paciente ve alterado su autoestima y se producen cambios emocionales intensos que requieren de cierta intervención del orden psicológico. Estos cambios, repercuten en las necesidades de seguridad y pertenencia, en la que un medio extraño, con una serie de normas y a veces falto de privacidad, potencia los sentimientos de inferioridad, aparecen sentimientos de culpa que aumentan con el tratamiento despersonalizado de los procesos diagnósticos, terapéuticos y asistenciales a los que se ve sometido durante la hospitalización.

Entonces el hospital, junto con ofrecer atención sanitaria o de salud, la cual corresponde a un conjunto de métodos, técnicas, acciones y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar del ser humano, previniendo y solucionando sus problemas tanto físicos como psicológicos. Se constituye en un sistema

social complejo y delicado, en el que la multiplicidad de personas, con diferentes roles, conforman una red interactiva que puede inducir a desarrollar o modificar actitudes las que pueden predisponer a hechos agresivos o violentos.

Existen ciertas situaciones que se presentan durante la atención que se brinda al paciente hospitalizado y que tal vez, asociados a la masificacion y complejidad creciente de la atención de salud, no son analizados con frecuencia y profundidad que merecen, y que pueden ser considerados manifestaciones de agresión o violencia.

Uno de ellos que pareciera con ser inherente a la hospitalización, es la falta de intimidad, definida como "toda aquella realidad oculta, relativa a un sujeto o grupo determinado que merece reserva"(Vacarezza, 2002). Ésta se ve de alguna manera vulnerada en el paciente hospitalizado, el que se manifiesta desde la invasión no sólo al espacio territorial, reducido a una cama y un velador (Vacarezza, 2002), sino también al ser examinado en su unidad por innumerables personas a las que generalmente desconocen y respondiendo preguntas relativas a su historia de vida personal, muchas veces sin una explicación previa del por qué son necesarios estos procedimientos y estas respuestas. Pareciera ser más importante el órgano afectado que la persona enferma, olvidando el respeto a la desnudez y el pudor del otro. Esto se ha ido presentando en la medida en que la enfermedad monopoliza la atención e inconscientemente se olvida la naturaleza humana de la atención de salud, tornándose ésta fría e impersonal, lo que ha violentado la relación amistosa y de confianza, pasando más bien a un vínculo de tipo despersonalizado (Iceta, en 1996; Goic, 2000). Esto estaría asociado a lo que Jiménez y cols (1990) llaman una relación asimétrica y jerárquica entre los dispensadores de cuidados y los pacientes.

En una relación de poder, por ejemplo, que establecen las enfermeras con los pacientes hospitalizados, provocan una actitud obediente, sumisa y pasiva del usuario frente a las diversas relaciones e interacciones que se presentan. En un estudio realizado por Morris, Riveros y Pucheau(1996), se identificaron los factores significativos en la percepción de la atención que recibían los pacientes

hospitalizados en un hospital público, resultando que los pacientes consideraban importante las relaciones que se establecen con el equipo de salud, identificando como un atributo significativo el trato respetuoso del personal que los atendía.

En el contexto hospitalario, el foco de atención es el cuidado del paciente hospitalizado y sus necesidades, lo que implica identificar constantemente los factores internos y externos que están influyendo en la salud de los pacientes, es decir, la atención hacia el paciente hospitalizado está dirigida al individuo en forma integral, donde los distintos tipos de estímulos y respuestas en este medio, muchas veces desconocido y doloroso para quienes por distintos motivos, presentan alguna alteración en el estado de salud, necesitando una resolución médica o quirúrgica y que requieren el ingreso a un establecimiento hospitalario.

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. En una atención que ha priorizado la tecnificación y conocimientos teóricos que son elementos importantes en la atención en salud, estos no son suficientes si se vulneran los derechos a una atención basada en el trato humano, lo que permite otorgar ciertamente no sólo una mejor atención sino un cuidado o trato más digno.

El CIE (2002) ha adoptado una clara oposición en este referente, condenando toda forma de abuso y de violencia en los contextos hospitalarios, es por esta razón que junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Internacional del Trabajo (OIT), y la Internacional de Servicios Públicos (PCI), establecen una campaña para erradicar la violencia en el sector salud, que según reconoce influye en los cuidados brindados a los pacientes.

Si bien esta investigación tiene una mirada desde un enfoque de la salud pública, no podemos dejar de mencionar y al mismo tiempo abordar dicho trabajo con una mirada desde la psicología humanista, la cual será desarrollada en el marco teórico de esta investigación.

1.2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Como alumnos tesistas en psicología nos parece muy necesario realizar esta tesis con el propósito de poder llegar a conocer las modalidades particulares de percepción que tienen los usuarios de un hospital público en especifico de los servicios clínicos de medicina y cirugía en relación a las diversas atenciones de salud; sin embargo, al realizar la exploración al tema, creemos que la percepción es un tema amplio para ser abordado de manera directa. Por lo tanto, consideramos que lo efectivo es centrar el foco de la investigación en la PERCEPCIÓN de VIOLENCIA hacia los usuarios, entendidas fundamentalmente como los "modos particulares de significación que construyen los pacientes en torno a las diversas experiencias que tienen con el sistema de salud público", logrando así satisfacer dicho interés.

Según lo anterior, la investigación encuentra su motivación y justificación en los siguientes puntos:

- El marco social y político que vive nuestro país en torno a la reforma del sistema de salud, contempla la mejora de la calidad que los servicios de salud otorgan al usuario y a la población en general, con el fin de alcanzar un sistema de salud más humanizado. Para ello, y como lo propone la OMS en 1990, es necesario contemplar a todos los factores que intervienen en la mantención y equilibrio de la salud de los individuos.
- Las funciones que debe cumplir el servicio de Medicina y Cirugía, se encuentran definidas según normas del establecimiento, sin embargo, en la exploración del tema no se constata la existencia de información acerca de las vivencias que tiene el paciente en torno a la calidad de atención recibida en salud de establecimiento de tipo segundaria. Por tanto se considera relevante para la Psicología, escuchar, observar y participar en la relación cotidiana que tienen los pacientes con este centro de salud segundaria que ha experimentado un cambio de paradigma en salud, siendo necesario para ello, abordar las

vivencias que tienen estos pacientes con respecto a los distintos modos de recibir este servicio y lo que los lleva a acudir a dicho Centro de Salud.

- Se tiene antecedentes de que esta investigación sería pionera en aportar a la contemplación de más factores que permitan brindar un mejor servicio en la atención de salud. Precisamente, al abordar modelos y enfoque de atención en salud desde el paciente (entiéndase también usuario), se contempla al sujeto de manera activa como factor central en el sistema de salud. Al considerar de ellos sus opiniones, sus sentimientos y sus vivencias queda ya restituida su calidad de interlocutor válido al construir una realidad declarada con el paciente.
- El interés por la Teoría Humanista, aplicado a esta investigación se convierte en un instrumento eficaz para abordar una problemática que considera la relación entre usuarios de los servicios de salud y los técnicos y/o personal que entregan dicho servicio, ya que abordar dicha relación humana desde esta teoría, se valora la subjetividad individual de los pacientes y de los investigadores, para luego obtener un consenso subjetivo, vía que facilita el respeto de la construcción de realidad elaborada por los pacientes.

Es por ello que frente al escenario de ascenso de la violencia y sus consecuencias en la sociedad, se ha tratado de identificar, explicar y comprender cómo la violencia surge en los diferentes ambientes en el que las relaciones humanas se presentan, cómo las personas son potenciales víctimas o victimarios de estos hechos. En virtud de la multicausalidad reconocida de este fenómeno de violencia, Chapell y Di Martino, basados en el modelo de Payner y Warner, presentan el denominado Modelo Interactivo en el que identifican los factores de riesgo tanto individuales como sociales, que determinan la manifestación de conductas violentas en el ámbito del trabajo, que es aplicable también a otras dimensiones del quehacer humano y que fue considerado para la presente investigación. Nos surge de tal manera la siguiente pregunta de investigación a desarrollar:

¿Cuál es la percepción de violencia de los pacientes adultos hospitalizados respecto al trato recibido de parte de los funcionarios del servicio de Medicina y Cirugía de un hospital público de la región metropolitana?

1.3. - APORTES Y RELEVANCIA DE LA INVESTIGACIÓN:

Según los antecedentes que tenemos, y por tratarse de un trabajo exploratorio, esta investigación sería pionera en aportar a la contemplación de más factores que permitan un mejor servicio en la atención de salud. Precisamente, al abordar modelos y enfoques de atención en salud desde el paciente (extiéndase también usuario), se contempla al sujeto de manera activa como factor central en el sistema de salud. Al considerar de ellos sus opiniones, sus sentimientos y sus vivencias, queda ya restituida su calidad de interlocutor válido al construir una realidad declarada con el paciente.

Desde la psicología, el campo de intervención del psicólogo en general está centrado en el análisis y cambio de las interacciones persona-ambiente, siendo esta intervención una oportunidad para el mejoramiento y cuidado de salud. En este contexto y para efectos de esta investigación, es importante para la labor del psicólogo, trabajar el proceso de escucha, conocer cómo sienten, piensan y actúan los pacientes la relación que se establece con el personal de salud, en especial con el técnico paramédico.

En este sentido el Psicólogo, al cual se le encasillaba sólo en la tarea de la salud mental, amplía su campo de intervención, ya que al considerar el contínuo de salud enfermedad que plantea el enfoque Biopsicosocial, permite a estos profesionales formar parte en las labores relacionadas con la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud. La Psicología por lo tanto, se encuentra en condiciones de aportar con una de sus más antiguas técnicas de trabajo “el proceso de escucha”, ampliando el rol asignado tradicionalmente e estos profesionales de la salud, al aplicar dicha técnica en el campo de la medicina. Así al paciente se le restituye su calidad de interlocutor válido inserto en un esquema de salud determinado.

Los aportes de esta investigación, contribuyen al conocimiento de las vivencias del paciente y al mismo tiempo aporta a dicho centro una retroalimentación en la entrega de su servicio. Se está consciente de que si bien la tesis es de gran importancia para los servicios incluidos en esta investigación, no es extrapotable a

ningún otro servicio, ni mucho menos hacia los usuarios de ellos y, por tanto, no permite en ningún caso establecer generalizaciones.

Además, está la posibilidad de implementar acciones de acuerdo a las necesidades detectadas en el equipo de salud de los servicios clínicos tomados para este fin, orientadas a la disminución y manejo del estrés por sobrecarga de trabajo del personal de salud, hipotetizando como uno de los factores predisponente a la violencia

En un medio cuyo objetivo es atender las necesidades de salud de las personas, debe llevar a una profunda reflexión de cómo se están realizando las prestaciones sanitarias, la que ciertamente debe contemplar la forma cómo se debe acercar y presentar frente al paciente, los gestos, tono de voz, uso de palabras claras basadas en un diálogo respetuoso y empático, nunca olvidar que el que está al otro lado es un ser humano como cualquier otro, que merece un trato como tal.

Como último punto, esta investigación se constituye en un instrumento de conocimiento posible de ser adaptado a la realidad de cada Hospital público, y por que no mencionar también a los servicios privados, dada su característica o enfoque Humanista, la que considera la realidad particular de cada contexto a ser estudiado.

2. - OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS:

2.1. - OBJETIVO GENERAL:

- Conocer la percepción de violencia de los pacientes adultos hospitalizados sobre las conductas y tratos por parte de funcionarios del servicio de medicina y cirugía de un hospital público de la región metropolitana.

2.2. - OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar el perfil biosociodemográfico de los pacientes hospitalizados en los servicios de Cirugía y Medicina.

- Identificar la percepción de violencia dirigida hacia el paciente y sus pares.

- Determinar la intensidad de las conductas violentas percibidas hacia el paciente y sus pares hospitalizados, durante la atención de salud que reciben en los servicios de Cirugía y Medicina.

- Identificar los factores predisponentes que identifican los pacientes en el agente agresor para ejercer conductas violentas, durante la atención de salud.

- Describir las situaciones en las que se presentan las conductas violentas identificadas por los pacientes hospitalizados.

- Identificar los tipos de conductas o manifestaciones de violencia percibidos por pacientes hospitalizados, durante la atención de salud que reciben en los servicios de Cirugía y Medicina.

- Identificar los horarios en los que se presentan las conductas violentas identificadas por los pacientes hospitalizados.

- Describir las respuestas de afrontamiento de los pacientes frente a las conductas violentas identificadas.

- Determinar las consecuencias en la salud física y/o mental identificadas por los pacientes frente a las conductas de violencia percibidas en los servicios de Medicina y Cirugía.

- Describir las sugerencias o propuestas de los pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina y de Cirugía para que las conductas violentas identificadas no se repitan.

- Describir la evaluación otorgada por el paciente a la atención en salud recibida.

3.- HIPÓTESIS DE TRABAJO

H1: Existen diferencias porcentuales significativas en la percepción de violencia de los pacientes hospitalizados en medicina, respecto a los pacientes hospitalizados en el servicio se cirugía de un hospital público.

H2: Existen diferencias porcentuales significativas entre las intensidades de la violencia identificadas hacia otros pacientes hospitalizados en el servicio de medicina, respecto a la intensidad de la violencia identificada hacia otros pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía de un hospital público.

H3: Existen diferencias porcentuales significativas entre los agentes agresores identificados por pacientes hospitalizados en medicina, respecto a los identificados por los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía de un hospital público.

H4: Existen diferencias porcentuales significativas entre las situaciones en las que se presentan las conductas violentas percibidas por los pacientes en medicina, respecto a las percibidas por los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía de un hospital público.

4. - MARCO TEÓRICO

4.1. -EL SISTEMA DE SALUD EN CHILE

El sistema de salud - en su aspecto formal – comenzó a desarrollarse a mediados del siglo XVI, como parte de las medidas de salubridad e iniciativas de atención caritativa- hospitalaria de enfermos y menesterosos. El sector salud en Chile tiene una historia que se remonta a los tiempos de la conquista en donde las acciones de salud estaban a cargo de los cabildos y cuyas líneas de acción estaban dirigidas a la salubridad urbana, manejo de las aguas, alimentos y control en lo posible de las epidemias que asolaban al país.

El desarrollo del sistema de salud ha sido paulatino, cotidiano y multidimensional, encontrándose a través de la historia que recién a partir del año 1800 se vislumbran tendencias a valorar el tema en el ámbito nacional y a generarse algunas estructuras orgánicas tal como la Junta Central de Vacunación. Una serie de instancias (Junta Directora de Hospitales, Casa de Expósitos de Santiago, Consejo General de Salubridad, Consejo Superior de Beneficencia, Dirección General de Protección de la Infancia y Adolescencia PROTINFA, SERMENA, entre otros), precedieron a lo que en 1952 culmina con la creación del Servicio Nacional de Salud.

El Sistema Nacional de Salud se constituye en el gran hito de la historia de la Salud Pública Chilena caracterizándose por:

- Ser un sistema propiamente tal que elabora y ejecuta planes y programas de salud.
- Lograr una amplísima cobertura poblacional y geográfica.
- Desarrollar actividades de protección, fomento y recuperación de la salud.
- La materialización de una amplia participación del Estado en el financiamiento, la administración de beneficios y la producción de servicios sanitarios.

Hoy en día, el MINISTERIO DE SALUD (MINSAL), es la instancia rectora máxima en el ámbito nacional, responsable de formular Políticas Nacionales,

Estrategias, Planes, Programas y Normas, así como ejercer el rol regulador tanto en el sector público como privado.

En su labor, el MINSAL tiene en cada una de las 13 Regiones de la división política administrativa del país un Secretario Regional Ministerial (SEREMI), quien representa al Ministro y asesora al Intendente en las materias de su competencia. Del Ministro dependen directamente:

- Servicios de Salud
- Fondo Nacional de Salud: FONASA
- Instituto de Salud Pública: ISP
- Central de Abastecimiento: CENABAST
- Superintendencia de ISAPRES

Una fracción de la población siempre ha recibido atenciones desde el subsector privado. Éste, comprende centros médicos, clínicas, hospitales, laboratorios y farmacias, así como instituciones sin fines de lucro que incluyen a las Mutuales de Empleados. A partir de 1950 se crean Servicios Médicos de las Cajas de Previsión del antiguo régimen previsional, al igual que la implementación de sistemas de salud privados en grandes empresas. En 1958 se crean las mutuales de seguridad del trabajo, y en 1968 la ley de Medicina Curativa para los empleados.

En 1981 se crean las Instituciones de Salud Previsional ISAPRES que administran en forma de empresas privadas las cotizaciones tanto obligatorias (7%) como voluntarias de sus cotizantes, los que constituyen el 27% de la población.

En la actualidad el sistema de salud chileno es mixto compuesto por un subsector público y un subsector privado.

Dentro del subsector Público de Salud coexisten 2 tipos de sistemas administrativos y financieros:

- El nivel primario de atención conformada por consultorios, postas y estaciones médico rurales, los cuales salvo algunas excepciones dependen administrativamente de los municipios.

- Los niveles secundarios y terciarios (consultorios de especialidades, hospitales y servicios de urgencia)

Estos niveles se estructuran por medio de programas que se formulan como grandes normativas nacionales con marcos conceptuales, pero su aplicación se flexibiliza a nivel local en los servicios de salud.

Los programas de Salud entonces, definen y orientan las acciones que afectivamente reciben los usuarios del sistema público de salud con el objeto de promover, proteger y recuperar la salud de las personas y del medio ambiente. Con relación al ambiente existe un Programa Nacional de Salud del Ambiente que se focaliza en el desarrollo de una gestión que impulsan la coordinación intersectorial y la acción descentralizada.

Hasta aquí se ha realizado un recorrido histórico, de funcionamiento tanto en la salud pública como de la privada, enfatizando en el sistema público.

Ahora bien y para fines de esta investigación, es preciso comprender en lo práctico el funcionamiento de la estructura de la salud pública, porque lo que interesa, particularmente, es la relación del personal (técnico paramédico) – paciente, en tanto ésta, es el medio que utilizan los programas de salud para llegar hasta el usuario, es decir, al paciente. Para ello, se realizará una breve reseña del modo de atención en salud pública actual.

Desde el punto de vista de la salud pública, el progreso y el desarrollo tecnológico han generado cambios notables en nuestros hábitos de vida y también en las enfermedades que padecemos. Al mismo tiempo, nuestras expectativas de vida han aumentado notablemente y los grandes esfuerzos de la medicina actual están orientados a que nuestra calidad futura sea óptima, o sea vivir más y mejor. Todo esto hace pensar que este nuevo modelo de atención, que responde a una estrategia en las políticas de gobierno, institucionales y ministeriales en salud, en la práctica para el paciente podría llegar a significar una mejora en la entrega del servicio de la salud, debido a que supone una relación distinta entre los que entregan dichos servicios y aquellos que lo reciben.

La problemática de la investigación, que focaliza el interés en el paciente y su consideración como interlocutor válido, tiene directa relación con una de las propuestas del Colegio Médico de Chile, que es parte importante del sistema público de salud: “Centrar la gestión del Subsector Público en el paciente y realizarla en forma coherente y participativa”(1).

Todos estos antecedentes se enmarcan en un contexto de coherencia con la actual realidad política y social, tanto del Servicio Público de Salud como del Gobierno Chileno actual, la que pone énfasis en usar oficialmente como criterios de evaluación del desempeño, la equidad, la calidad, la efectividad, la satisfacción de los usuarios, la participación de los profesionales en las decisiones, y no solamente la eficiencia económica.

Con respecto a nuestra investigación, el enfoque de la violencia desde la perspectiva de salud pública, se basa en los requisitos rigurosos del método científico. Al pasar del planteo del problema a la solución, este enfoque sigue cuatro pasos fundamentales:

1. Obtención de tantos conocimientos básicos como sea posible acerca de todos los aspectos de la violencia, mediante la recopilación sistemática de datos sobre la magnitud, el alcance, las características y las consecuencias de la violencia en los niveles local, nacional e internacional.
2. Investigación de por qué se produce la violencia; es decir, llevar a cabo estudios para determinar:
   Las causas y los factores correlativos de la violencia;
   Los factores que aumentan o disminuyen el riesgo de violencia;
   Los factores que podrían modificarse mediante intervenciones.
3. Búsqueda de posibles formas de prevenir la violencia, usando la información descrita mediante el diseño, la ejecución, la vigilancia y la evaluación de intervenciones

(1) Dr. Bustos R; “La Reforma de la Salud en América Latina: (La experiencia Chilena); Nov.1999

4. Ejecución de acciones que en diversas circunstancias resulten efectivas, acompañadas de una difusión amplia de información y de una evaluación de la eficacia de las acciones a desarrollar, osea, ejecutar acciones claras, eficaces y que se puedan evaluar.

La salud pública se caracteriza sobre todo por la importancia que concede a la prevención. En lugar de aceptar sencillamente la violencia o reaccionar ante ella, su punto de partida es la sólida convicción de que el comportamiento violento y sus consecuencias pueden prevenirse.

4.2.-DEFINICIÓN DEL CONCEPTO VIOLENCIA

Todo análisis integral de la violencia debe empezar por definir las diversas formas que ésta adopta con el fin de facilitar su medición científica. Hay muchas maneras posibles de definir la violencia. La Organización Mundial de la Salud la define como:

El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, 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.

La definición usada por la Organización Mundial de la Salud vincula la intención con la comisión del acto mismo, independientemente de las consecuencias que reproducen. Se excluyen de la definición los incidentes no intencionales, como lo son la mayor parte de los accidentes de tráfico y las quemaduras.

La inclusión de la palabra “poder”, además de la frase “uso intencional de la fuerza física”, amplía la naturaleza de un acto de violencia así como la comprensión convencional de la violencia para dar cabida a los actos que son el resultado de una relación de poder, incluidas las amenazas y la intimidación.

Decir “uso de poder” también sirve para incluir el descuido o los actos por omisión, además de los actos de violencia por acción, más evidentes. Por lo tanto, debe entenderse que “el uso intencional de la fuerza o el poder físico” incluye el descuido y todos los tipos de maltrato físico, sexual y psíquico, así como el suicidio y otros actos de auto agresión.

Esta definición cubre una gama amplia de consecuencias, entre ellas los daños psíquicos, las privaciones y las deficiencias del desarrollo. Esto refleja el reconocimiento cada vez mayor, por parte de los investigadores y los profesionales, de la necesidad de incluir los actos de violencia que no causan por fuerza lesiones o la muerte, pero que a pesar de todo imponen una carga sustancial a los individuos, las familias, las comunidades y los sistemas de asistencia sanitaria en todo el mundo. Numerosas formas de violencia contra las mujeres, los niños y los ancianos, por ejemplo, puedan dar lugar a problemas físicos, psíquicos y sociales que no necesariamente desembocan en lesión, invalidez o muerte.

Estas consecuencias pueden ser inmediatas, o bien latentes, y durar muchos años después del maltrato inicial. Por lo tanto, definir los resultados atendiendo en forma exclusiva a la lesión o la muerte limita la comprensión del efecto global de la violencia en las personas, las comunidades y la sociedad en general.

En lo referido específicamente a la violencia hospitalaria, el hospital junto con ofrecer atención sanitaria, se constituye entonces en un sistema complejo y delicado, en el cual la presencia de muchas personas con distintos roles, tales como profesionales, técnicos, pacientes, alumnos, familiares entre otros, conforman una red interactiva que puede inducir a desarrollar o modificar actitudes que pueden llevar a hechos agresivos o violentos. Entonces la hospitalización puede tener una condición de vulnerabilidad aportada por la enfermedad, que puede ser la causa de la pérdida del sentido del control físico y/o psicológico y por el significado de someterse a un ambiente complejo y muchas veces desconocido.

Creemos conveniente abordar algunos conceptos que sin lugar a duda nos puede llevar a reflexionar sobre algunos aspectos anteriormente mencionados, sobre la vivencia de estos seres humanos, pacientes ingresados a un hospital, aspectos que pueden ser inapropiados o en alguna medida violentados durante la atención que el equipo de salud brinda a los pacientes, uno de estos conceptos es el de la intencionalidad, del cual pasaremos a referirnos a continuación.

4.3. -INTENSIONALIDAD

Uno de los aspectos más complejos de la definición es el de la intencionalidad. A este aspecto, cabe destacar dos puntos importantes. Primero, aunque la violencia se distingue de los hechos no intencionales que ocasionan lesiones, la presencia de la intención de usar la fuerza no significa necesariamente que haya habido la intención de causar daño. En efecto, puede haber una considerable disparidad entre la intención del comportamiento y las consecuencias intentadas. Una persona puede cometer intencionalmente un acto que, a juzgar por normas objetivas, se considera peligroso y con toda probabilidad causaría efectos adversos sobre la salud, pero puede suceder que el autor no los perciba como tales.

El segundo punto relacionado con la intencionalidad radica en la distinción entre la intención de lesionar y la intención de “usar la violencia”. La violencia, según Walters y Parke, está determinada por la cultura. Algunas personas tienen la intención de dañar a otros pero, por sus antecedentes culturales y sus creencias, no consideran que sus actos sean violentos. No obstante, la Organización Mundial de la Salud define la violencia teniendo en cuenta su relación con la salud o el bienestar de las personas. Ciertos comportamientos- como golpear al cónyuge- pueden ser considerados por algunas personas como prácticas culturales admisibles, pero se consideran actos de violencia con efectos importantes para la salud de las personas.

4.4. - TIPOLOGIA DE LA VIOLENCIA

En 1996, la Asamblea Mundial de la Salud, por conducto de la resolución 49.25, declaro que la violencia es un importante problema de salud pública en todo el mundo y pidió a la Organización Mundial de la Salud que elaborara una topología de la violencia para caracterizar diferentes tipos de violencia y los vínculos entre ellos. Hay pocas clasificaciones taxonómicas y ninguna es completa.

TIPOS DE VIOLENCIA

La clasificación que se propone aquí divide la violencia en tres categorías generales, según las características de los que cometen el acto de violencia:

- La violencia auto inflingida;
- La violencia interpersonal;
- La violencia colectiva.

Esta categorización inicial distingue entre la violencia que una persona se inflige a sí misma, la violencia impuesta por otro individuo o un numero pequeño de individuos y la violencia inflingida por grupos mas grandes, como el Estado, contingentes políticos organizados, tropas irregulares y organizaciones terroristas.

Estas tres categorías generales se subdividen a su vez para reflejar tipos de violencia más específicos.

LA VIOLENCIA AUTOINFLIGIDA

La violencia auto infligida comprende el comportamiento suicida y las autolesiones. El primero incluye pensamientos suicidas, intentos de suicidio- también llamados “parasuicidio” o “intento deliberado de matarse” en algunos

países- y suicidio consumado. Por contraposición, el auto maltrato incluye actos como la auto mutilación.

LA VIOLENCIA INTERPERSONAL

La violencia interpersonal redivide en dos subcategorías:

- Violencia familiar o de pareja: esto es, la violencia que se produce sobre todo entre los miembros de la familia o de la pareja, y que por lo general, aunque no siempre, sucede en el hogar.
- Violencia comunitaria: es la que se produce entre las personas que no guardan parentesco y que pueden conocerse o no, y sucede por lo general fuera del hogar.

En el primer grupo se incluyen formas de violencia, como el maltrato de los menores, la violencia contra la pareja y el maltrato de las personas mayores. El segundo abarca la violencia juvenil, los actos fortuitos de violencia, la violación o ataque sexual por parte de extraños y la violencia en establecimientos como escuelas, lugares de trabajo, prisiones y hogares de ancianos.

LA VIOLENCIA COLECTIVA

La violencia colectiva se subdivide en violencia social, violencia política y violencia económica. A diferencia de las otras dos categorías generales, las subcategorías de la violencia colectiva indican los posibles motivos de la violencia cometida por grupos más grandes de individuos o por el Estado.

LA NATURALEZA DE LOS ACTOS DE VIOLENCIA

La naturaleza de los actos de violencia puede ser:

- Física;
- Sexual;
- Psíquica;
- Que incluye privaciones o descuido.

Estos cuatro tipos de actos de violencia, con excepción de la auto infligida, suceden en cada una de las categorías generales y sus subcategorías descritas con anterioridad. Por ejemplo, la violencia contra los niños cometida en el seno del hogar puede incluir abuso físico, sexual y psíquico, así como la negligencia o descuido. La violencia comunitaria puede incluir agresiones físicas entre los jóvenes, violencia sexual en el lugar de trabajo y descuido de las personas mayores en los establecimientos asistenciales de largo plazo.

Aunque es imperfecta y dista mucho de gozar de aceptación universal, esta clasificación proporciona un marco útil para comprender los tipos complejos de violencia que acontecen en todo el mundo, así como la violencia en la vida diaria de las personas, las familias y las comunidades. También supera muchas de las limitaciones de otras clasificaciones porque capta la naturaleza de los actos de violencia, la importancia del entorno, la relación entre el agresor y la victima y, en el caso de la violencia colectiva, los posibles motivos de violencia.

Creemos que en términos generales el tema de la violencia expuesto en esta primera parte del marco teórico no puede ir separado de la mirada humanista que pretendemos darle a esta investigación, para lo cual nos hace mucho sentido hacer referencia a ciertas fuentes filosóficas que se encuentran en sus cimientos, es decir, los antecedentes de la psicología humanista.

4.5. -FUNDAMENTOS DE LA TEORIA HUMANISTA

Consideramos importantísimo él poder darle un enfoque humanista a ésta investigación por las características que presenta dicha teoría, una de ellas es poder abordar las situaciones o vivencias de las personas en un ambiente que se presenta tal cual es, además poder tener la vivencia de los pacientes desde su emocionar, sentir, darse cuenta. Metafóricamente hablando, podríamos decir que es como conocer el sentido del río que es uno mismo, pero no saber hacía dónde nos llevará finalmente.

Lo que actualmente se conoce como Psicología Humanista es un conjunto de cuerpos teóricos que se relacionan entre sí por sus raíces filosóficas y ciertos postulados que comparten. En ese sentido, parece pertinente hacer referencia en esta parte, a estas fuentes filosóficas que se encuentran en sus cimientos, es decir, los antecedentes de la psicología humanista. Se revisara a rasgos generales la teoría fenomenológica y el existencialismo. En consecuencia, serán mencionadas las corrientes psicológicas surgidas de estas concepciones filosóficas.

La primera fuente de la cual se nutre es la fenomenológica, corriente filosófica que enfatiza el estudio de la experiencia subjetiva de los procesos consciente. Se relaciona con el estudio del comportamiento desde la perspectiva de la experiencia. Deja de lado la preocupación por las motivaciones inconscientes, en cambio lo hace por la conciencia, centrándose en el análisis de la conducta, es así que enfatiza el concepto de la auto observación; tanto interna (introspección en que el sujeto observa lo que le ocurre y lo reporta), como exterior que también es percibido por el sujeto. El sujeto es una persona que se percibe a sí mismo como objeto.

Esta corriente cree en cierta tendencia positiva hacia el desarrollo y crecimiento que tienen las personas, principalmente debido a esta capacidad de auto observación.

Rafael Echeverría se hace la siguiente pregunta: "¿En qué consiste la perspectiva fenomenológica? Fundamentalmente, en eliminar todo lo que sea inmediato y originario. Eliminar todo lo que se ha insertado subrepticiamente en la conciencia como forma de explicación, de especulación o de suposición. De allí que el recurso fenomenológico por excelencia sea lo que Husserl llama *epojé*, haciendo uso de un vocablo griego que significa desconexión, no-compromiso, suspensión de juicio. Se trata de una forma de poner en paréntesis y, por consiguiente, de una forma de duda,…a través del recurso de la epojé, es posible, primero, una reducción trascendental que abre camino hacia la intuición inmediata que, según Husserl, es la única garantía para alcanzar la certeza. El transito de lo trascendental a la inmanente permite acceder a las vivencias puras, a los actos intencionales. Luego, se logra una reducción eidética que se caracteriza por la aprehensión de esencias universalmente válidas. A través de la intuición eidética se logra una experiencia directa (vivencia). (2)

(2) Echeverría. Rafael. El búho de Minerva. Editorial Dolmen. 1993. Capitulo XV, Pág. 190.

4.6. -CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE LA TEORIA FENOMENOLOGICA

Él poder hacer mención a ciertos conceptos de la Teoría Fenomenológica es con el propósito de poder entender aún mas los procesos experienciales, por decirlo de algún modo, del que son participe nuestro objeto de estudio.

El objeto de estudio de la fenomenológica está dado por "los significados subjetivos y el mundo vivido". (3) Por otro lado se señala la importancia de la conciencia como una disposición a la atención de manera intencional (consciente).

Para Husserl, la fenomenologia "no hace otra cosa que explicar el sentido que tiene para nosotros el mundo objetivo de las realidades en la experiencia, sentido que la filosofía es capaz de deducir, de provocar, pero que jamás puede modificar. En primer lugar, responde a la necesidad de describir y comprender la experiencia vivida de verdad, sin caer en el psicologicismo y el relativismo que implica". (4)

La afectividad; es otro fenómeno humano que se constituye en herramienta de esta filosofía, y es el correlato de emociones que ocurren cuando se atiende algo. Lo importante son los aspectos que surgen en la persona con relación al objeto, mas que si el objeto es o no es. Es mas importante como siente un sujeto a su padre, que si este es o no autoritario.

Son importantes las otras personas, ya que contribuyen a la conciencia de nosotros mismos; el mundo con sus objetos también pasa a ser importante. La libertad de la persona para darle significación a la experiencia y a las cosas, donde el cuerpo es a la vez el vehículo que nos da la conciencia de existir y la base del comportamiento.

(3) Muchielli. Alex. Psicología de la Comunicación. Editorial Paidós, 1998, Capitulo 5. Pág. 53.
(4) Ídem. Pág. 58-59.

4.7. - FENOMENOLOGIA Y TEORIAS DE LA PERSONALIDAD

Los desarrollos de la fenomenologia han influenciado de preferencia las teorías Holistas de la personalidad, que señalan como un todo integrado. Donde hay un cambio de energía constante y a medida que transcurre el tiempo la personalidad se complejiza. Esta personalidad se influye por los otros y por el mundo. Hay interacción entre el yo y el mundo. (5)

Existen tendencias innatas en los seres humanos, son impulsos naturales de carácter positivo de la búsqueda de la autorrealización, crecimiento, desarrollo o la integración. También reconocen que en el sujeto hay sistemas valorativos que van a ser importantes para el concepto de personalidad.

El mundo, está construido por el mundo externo de las cosas y el mundo personal o privado de la interioridad subjetiva.

La estructura de la personalidad incluye el mundo interno y externo así como todas las disposiciones del sujeto existiendo un yo central que organiza estas disposiciones.

Aparece en esta teoría Holistas el concepto del yo, un integrador de la experiencia. (6)

Para los fenomenólogos, la personalidad va a influir, en todas las funciones psicofísicas. El carácter esta asociado a valores. El objetivo que se plantea esta teoría es poder expresar la realidad integra de la vida psíquica del sujeto, según como la vive.

Lograr mayor grado de seguridad en la expresión de esta realidad interna y su interpretación.

Según Carl Rogers, reconoce y genera ciertos supuestos y concepciones teóricas compartidas por otros autores vinculados a la psicología humanista.

(5) Robberechts, Ludovic. El pensamiento de Husserl. FCE, 1968. Cáp. V. Pág. 67-78.

(6) Allport. Gordón. La Personalidad, su configuración y desarrollo, Herder 1967. Pág.128.

Estas ideas, por actuar como teoría de fondo para la orientación Rogeriana, serán revisadas a continuación.

- Reconocimiento y afirmación del valor y dignidad de la persona, por el sólo hecho de existir. Lo ideográfico, por sobre lo nomotético, es decir, la investigación se centra en la individualidad, lo único, lo singular, en contraposición con la idea de establecer leyes generales, característico de la ciencia natural. Se promueve el desarrollo de estudios de casos, no solo para conocer al individuo con el que se trabaja, sino que también para promover el desarrollo de las capacidades, de casos que salen de la norma. Porque las actitudes de personas destacadas podía servir como prototipo para otros.
- Afirmación de que los seres humanos somos libres y responsables. Las personas estamos sometidas a múltiples influencias; políticas, religiosas, económicas, familiares, etc., sin embargo, se sostiene que la influencia nunca es total, siempre hay un espacio de libertad plena para cada individuo. El comportamiento último depende de nosotros mismos, por lo tanto la responsabilidad es personal.
- Se reconoce y se presta atención a lo subjetivo. Mi perspectiva es válida en tanto somos subjetivos, puede haber acuerdo, pero la equivalencia exacta no existe. De tal modo que se le presta atención a la experiencia, a las vivencias personales, para lo cual, se adopta como método predilecto de estudio a la fenomenologia como intento de aprehender los fenómenos tal como aparecen en la conciencia.

4.8. -FILOSOFIA EXISTENCIALISTA

Luego de la segunda guerra, las ideas de Marcel (Ser o Tener. Éter et Avoir.1935), Jaspers (Filosofía de la Existencia. Exixtenzphilosophie. 1938), y Heidegger (El ser y el Tiempo "Sein und Zeit Halle 1927), se hicieron famosas a raíz de la fama de Sartre (El Ser y la Nada. "L` ètre et le néant.1943). (7)

Algunos psicólogos que conocen estos textos filosóficos, los utilizan como base para sus desarrollos, principalmente debido a que plantean una actitud nueva frente al ser humano.

El concepto principal que se traslada de la filosofía a la psicología es la noción de ser en el mundo, *cada persona es en el mundo de manera personal, singular, irrepetible.* No todos los obsesivos son iguales y no todos los hábitos son iguales. En sicopatología se llegó a plantear ideas diferentes, "...Allport,... tomó de Windelband los términos ideográfico y nomotético. Creía que cada persona tiene una pauta única de personalidad, y abogó por el estudio ideográfico de los individuos, utilizando (por ejemplo) historias de casos, como preferible al intento (nomotético) tendiente a establecer leyes generales acerca de la conducta humana por medio de la consideración de la coincidencia de ciertas características en grandes muestras de personas. Esta preferencia se acompañaba de desconfianza respecto de los Métodos importados de las ciencias Naturales". (8). Se genera una epistemología distinta para determinar qué es la condición de paciente, llegando a establecérsela como una desviación de su propio camino, es posible elegir la locura, cuestión planteada por Jaspers,"...

(7) Jolivet. Régis. Las Doctrinas Existencialistas. Editorial Gredos. Cuarta Edición. 1970. Segunda Parte Capitulo II. Pág.120-181.

(8) Diccionario de Psicología Social y de la Personalidad, Editorial Paidós, 1992. Pág. 32.

En efecto ante el derrumbamiento de todo cuanto tengo y de todo cuanto soy, tomo conciencia, en la existencia posible, de que la ruina y la muerte se hacen ser, desde el momento que son asumidas libremente,...el fracaso, en cuanto lo experimento como una especie de accidente en mí Dasein, es un verdadero fracaso; Pero la voluntad de eternizarme, en vez de maldecir el fracaso, sabrá hacer de él la condición de su verdad."(9)

La palabra alemana Desein significa literalmente ser-ahí. Es de uso corriente y habitualmente se la entiende como existencia, presencia o realidad de alguna cosa, también como vida propia.

4.9. -LA PSICOLOGIA QUE NACE A PARTIR DE ESTOS POSTULADOS.

Durante este siglo estos desarrollos temporalmente se pueden señalar en el siguiente orden.

1. -Psiquiatría Fenomenológica: se caracteriza por aplicar métodos fenomenológicos para hacer estudio de conciencia principalmente mórbidos, anormales: Alteraciones de conciencia, qué ocurre con la angustia, delirio de persecución. Principales autores: Eugen Ninkowski, Strauss, Von Gebswtell.

2. -Análisis existencial de Ludwig Binswanger. Originalmente psicoanalista, realiza síntesis entre psicoanálisis y el método fenomenológico. Método de investigación de la condición humana, va más allá de la conciencia en patología.

La Psiquiatría Fenomenológica y el Análisis Existencial, son básicamente parecidos, tienen su principal fuerza en ser métodos de investigación. Hay otra corriente que aporta a la asistencia, a la Psicoterapia

(9) Jolivet. Régis. Las Doctrinas Existencialistas. Editorial Gredos. Cuarta Edición. 1970. 2 parte Cáp. Pág.327.

3.- Psicología Existencial. Recoge la tradición del Existencialismo como desarrollo preferentemente filosófico, en el sentido de que los seres humanos tenemos conciencia de nosotros mismos, nos damos cuenta de que nos damos cuenta, a partir de las siguientes premisas.

- Ser en el mundo
- Ejercicio de libertad y responsabilidad (Carl Rogers). Podemos construir nuestro destino en la historia. Podemos elegir entre dos tipos de existir, uno Autentico y otro Inauténtico. El existir autentico es la forma de existir en la que construyo mi vida de manera singular.
- Proyecto de vida, sentir satisfacción por lo que hace, y eso depende de su proyecto.

4.10. -PSICOLOGIA HUMANISTA Y PSICOTERAPIA CENTRADA EN LA PERSONA.

La psicología humanista surge gracia a dos factores (10) En primer término, como la reacción a la mecanicista teoría de la psicología conductual y al determinismo psíquico del psicoanálisis.

El conductismo pone el acento en la relación directa estímulo respuesta, no importando lo que ocurre al interior de las personas pues eso es considerado inasible, inmensurable y por tanto irreductible a relaciones entre variables. Se desprende de esto, que para la teoría, es posible la determinación externa.

Por su parte el psicoanálisis introduce la idea de que existe una entidad llamada inconsciente, cuya lógica es distinta a la del consciente, pasando este a segundo plano. Postulan una especie de determinación interna de la persona y en ese sentido el objeto de estudio es lo que ocurre en el inconsciente (denominado posteriormente "lo inconsciente").

La mayor crítica de la psicología humanista a estas escuelas es que no dieron cabida a los conceptos de espontaneidad, creatividad y responsabilidad, poniendo un todo en manos de la instrucción externa y otros olvidando la interacción, las relaciones humanas.

Maslow llamó a esta orientación la "tercera fuerza", enfatizando que es una alternativa a las otras dos escuelas, en las cuales el altruismo, la dignidad, la verdad y la belleza son insuficientemente estudiados. "...pero también estamos seguros de que no hay ninguna razón para que la ciencia sé auto limite a los métodos considerados ortodoxos. No hay ninguna razón entonces para que renuncie a problemas como amor, creatividad, valor, belleza, imaginación, moral y alegría...". (11)

(10) Arancibia C. Violeta, Herrera P. Paulina, Strassers S. Catherine. Manual de psicología educacional. Ediciones Universidad Católica de Chile 1997. Pág. 151

(11) Maslow, Abraham. El hombre Autorrealizado. Editorial Troquel. Barcelona. 1989. Pág. 14.

Como segundo factor se puede señalar, a la difusión del existencialismo después de la segunda guerra mundial, veinte años antes se habían escrito las obras más famosas de Heidegger, Jaspers, Sartre, presentadas al inicio del apartado referido a la filosofía existencialista.

Luego de la guerra, adquirió fuerza una especie de psicología del cómo se vive, más que una psicología desde la especulación filosófica. Se consideró lo subjetivo, donde el centro fue la persona como sujeto y no como objeto. En esta concepción importa la “realidad” tal como la vivencia la persona y no una realidad objetiva desde fuera.

5. - MARCO METODOLOGICO

5.1. -ENFOQUE METODOLÓGICO:

En la investigación de las problemáticas sociales se identifican por lo general dos grandes enfoques que se plantean como contrapuestos. Por un lado el enfoque positivista o cuantitativo, basado en el paradigma de las ciencias naturales, que trabaja con elementos medibles y busca arrojar resultados reproducibles y confiables, simplificando la realidad y que recurre al lenguaje de los números.

Al otro lado del espectro encontramos el enfoque cualitativo que tiene su origen en la fenomenología y esta basado en el paradigma de las ciencias sociales.

Dejaremos claro que ambos métodos no son necesariamente excluyentes o antagónicos y que en ciertos casos la integración de ambos posibilita una comprensión mas completa del fenómeno estudiado.

Interrogarse sobre la pertinencia, o no, de un método de conocimiento que tome en cuenta la cualidad intrínseca de los objetos, en su radical diferencia, mas allá de la mirada performativa, resulta una cuestión harto compleja y difícil. En primer lugar, cabe preguntarse que entendemos hoy en investigación por análisis de la realidad social. Convencionalmente, por análisis de la realidad se entiende el proceso de acercamiento y comprensión de lo real concreto, como aquello dado por si mismo que se desarrolla en la vida del hombre. Es decir, ello implica un lugar o espacio, una duración y un procedimiento. Estos elementos son imprescindibles en toda metodología de investigación.

El problema actual con el que nos encontramos es que esa realidad mixtificada no es tan dada por si misma como tradicionalmente la comunidad científica acordara. Su aprehensión constituye parte del objeto mismo. Trabajos como los de Kuhn o, en especial, Feyerabend han cuestionándolas premisas básicas del positivismo abriendo la puerta de investigación a otras perspectivas epistemológicas en la búsqueda y sistematización de conocimiento.

5.2. -TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación correspondiente a un estudio de abordaje cuantitativo de tipo descriptivo y comparativo (Hernández y Cols., 2000), que aborda el fenómeno en el lugar de su ocurrencia, es decir, en los pacientes adultos sobre buenos o malos tratos y conductas violentas por parte de funcionarios del servicio clínico de medicina y cirugía en un hospital público del área metropolitana. la posibilidad de llevar a cabo una investigación mas completa sobre un contexto particular de la vida real.

Es exploratorio ya que el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, que sirva para aumentar el grado de familiaridad con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre éste problema de investigación no ha sido abordado anteriormente con la rigurosidad que lo amerita, existiendo poca información al respecto.

Es descriptivo ya que el propósito es especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis.

Los estudios descriptivos miden de manera bien independiente los conceptos que son de interés del investigador, su objetivo no es indicar como se relacionan las variables medidas ,si no decir como es y se manifiesta el fenómeno objeto de estudio.

DISEÑO: Una vez definido el estudio a realizar y establecidos los lineamientos para la investigación, el investigador debe concebir la manera practica y concreta de responder a la pregunta de investigación. Esto implica seleccionar o desarrollar un diseño de investigación y aplicarlo al contexto particular de su estudio, el término diseño se refiere al plan o estrategia concebida para responder a las preguntas de investigación. El diseño señala al investigador lo que debe hacer para alcanzar sus objetivos de estudio y contestar las interrogantes que se ha planteados será un tipo de diseño no experimental, el cual hace referencia a observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. Los sujetos son observados en su ambiente natural, en su realidad. Se empleara un tipo de diseño no experimental

transeccional o transversal que tiene relación a recolectar datos en un solo momento, en un tiempo único, es como tomar una fotografía de que algo sucede.

5.3. - DELIMITACIÓN DEL CAMPO A ESTUDIAR

Los actores sociales con los cuales se trabajara son pacientes adultos hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un hospital publico del área metropolitana.

5.3.1. -UNIVERSO

Pacientes hombres y mujeres hospitalizados dados de alta en los servicios de cirugías y medicina de un establecimiento publico del área metropolitana, estos pacientes deberán cumplir con ciertos requisitos para dicha investigación.

5.3.2. -MUESTRA

La muestra**,** tanto en las investigaciones cualitativas como cuantitativas, debe ser representativa. En la investigación cualitativa la representatividad es de tipo estructural; en la investigación cuantitativa, es de tipo estadístico.

La muestra estuvo conformada finalmente, por un total de 174 pacientes dados de alta hospitalaria en el periodo en estudio, 70 pacientes del servicio de Medicina y 104 del servicio de cirugía, provenientes de la lista de egreso diaria entregada a los investigadores por las enfermeras de y los respectivos servicios, durante Marzo y Abril (2005). Estos corresponden al 50% de los egresos totales en ambos servicios durante este periodo.

6.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE LA MUESTRA. –

Criterios de inclusión.

- Pacientes que estuvieran de alta hospitalaria de los servicios de Cirugía y Medicina durante el periodo de estudio. Los investigadores estimaron que en el día del alta hospitalaria, los pacientes podrían responder con mayor libertad a las interrogantes planteadas en el instrumento, debido a que el nexo con el servicio hospitalario terminaba ese día en el que retornaba a su domicilio.

- Pacientes que accedieron voluntariamente a participar en el estudio.

Criterios De exclusión.

- Pacientes con cualquier patología de Salud Mental.

- Pacientes que permanecieron menos dos días en el servicio clínico en estudio. Este criterio se definió como el mínimo necesario para obtener un juicio sobre la atención recibida.

- Pacientes con problemas de comunicación en la comprensión verbal o escrita. Este aspecto fue estimado para asegurar la autonomía la capacidad de juicio para contestar a las preguntas formuladas.
- Pacientes que se negaron a participar en el estudio. Tras ser invitados a participar en la investigación los pacientes decidían libremente si respondían o no a las interrogantes planteadas, tan sólo 6 pacientes se negaron a participar (2 de medicina y 4 de cirugía). Estas personas aludieron limitaciones secundarias a la enfermedad como dolor, agotamiento físico, y otras no quisieron referirse a la atención que habían recibido durante la hospitalización.

7.- METODOLOGIA DE TRABAJO

Para el desarrollo de la presente investigación, se cumplieron las siguientes etapas:

- Se entrevisto diariamente a las enfermeras en turnos de ambos servicios, a fin obtener información sobre los pacientes que se encontraban de alta hospitalaria (lista de egresos), y que no presentaron algún criterio que los excluía del estudio.
- Se extendía la invitación al paciente a participar en el estudio cuando se encontraba aun en la cama de hospital, una a dos horas antes que se retira del establecimiento.
- Una vez que el paciente accedía voluntariamente a participar en esta investigación, se aplicaba el instrumento recolector de datos, que correspondía a un cuestionario que era completado por los investigadores, según las respuestas obtenidas de los usuarios, a través de una entrevista. Para asegurar la confidencialidad de los datos obtenidos, esta entrevista fue realizada en dependencias de los servicios clínicos en estudio, tanto en cirugía como de medicina, apartadas de las salas de hospitalización, demás pacientes y personal de salud. Cada entrevista duró un promedio de veinte minutos.

7.1.- Instrumento recolector de datos

Para la obtención de la información necesaria para desarrollar la investigación, se aplicó un instrumento recolector de datos titulado “Percepción de violencia en los establecimientos de salud”, elaborado por Paravic’ y Cols. (2000), el que fue adaptado en su forma por los investigadores. (Anexo B).

Grupo focal: Por medio de esta técnica cualitativa se obtuvo información, recogida a través de la dinámica e interacción de grupos de pacientes en torno a la temática en estudio. Los grupos formados correspondieron a dos de cirugía mujeres y dos de cirugía varones, integrados cada uno por cinco a ocho pacientes, los que estaban prontos a ser dados de alta y que voluntariamente accedieron a Participar en esta técnica, asegurando previamente la confidencialidad y anonimato de la información obtenida.

Esta dinámica, que tuvo una duración aproximada de una hora para cada grupo, fue llevada a cabo en dependencias pertenecientes al servicio de cirugía, apartadas de los demás pacientes y funcionarios, durante el mes de Marzo del año 2005. La información recogida mediante el registro escrito y grabado, previa autorización de los pacientes, permitió realizar ajustes en los diferentes ítems del cuestionario, previo a su aplicación.

- Prueba Piloto: Fue aplicada una prueba piloto a 10 pacientes del servicio de medicina y 17 pacientes del servicio de cirugía, durante el mes de marzo (2005), pacientes que no fueron considerados en la muestra final. Mediante esta prueba fue posible comprobar el nivel de comprensión de las preguntas del cuestionario. Se incluyeron algunas modificaciones en la forma que este instrumento presentaba, para la mejor comprensión de los pacientes.

7.2.- Confiabilidad de los datos

Se aplicó el coeficiente de correlación de alpha de Crombach solamente al ítem que comprendía la presencia o ausencia de cada una de las conductas violentas percibidas, el que resultó igual a 0,81. Este resultado demuestra un valor de alta consistencia en este ítem de las respuestas relativas a las diferentes conductas violentas considerado en el instrumento recolector de datos.

7.3.- Aspectos éticos de la investigación

Para llevar a cabo esta investigación se solicitó la autorización de los directivos del servicio en el cual fue aplicada, y posteriormente fueron informadas las enfermeras supervisoras de los servicios clínicos de Medicina y Cirugía

En relación a los pacientes, se solicitó el consentimiento informado, asegurando la investigación sin riesgos (Alves y Cols., 1997), confidencialidad y anonimato de los datos entregados por ellos, se indicó a los usuarios que respondieran con la mayor franqueza y que su respuesta sería una contribución importante a la atención prestada en el servicio clínico (cirugía y medicina). Esta petición se realizó con especial énfasis, debido a que la experiencia de los investigadores y la de otros autores (Morís, y Cols., 1996), señala que los pacientes sienten temor de expresar juicios negativos o presentar requerimientos a la atención recibida, por temor a represalias posteriores.

7.4.- Procesamiento de los datos

Luego de recogida la información, ésta fue incorporada a una base de datos, para ser posteriormente analizada estadísticamente y responder a los objetivos de la investigación, a través de los programas computacionales SPSS 8.0, STATISTICA y SAS.

El programa computacional SPSS para Windows en su versión 8.0, permitió realizar el análisis estadístico descriptivo mediante el test de Chi- cuadrado de Pearson, y a través del programa computacional Statistica, fue posible realizar el test de comparaciones porcentuales en ambos servicios clínicos, para las diferentes variables en estudio.

Mediante el programa computacional Statistical Analyis Sistem (SAS), se realizó regresión logística multivariada. Para este análisis, primeramente fue dicotomizada la variable dependiente en; percepción de violencia de los pacientes hospitalizados en

un hospital público. Las variables que se relacionaron fueron cuantitativas, categóricas y en algunas ocasiones una mezcla de ambos tipos. El programa (PROG LOGISTIC) generó; tabulaciones, niveles de significación estadística variabilidades, entre otros valores, los que permitieron conocer y seleccionar aquellas variables de interés por su significan cía estadística. Se realizó entonces modelización de las variables hasta obtener el modelo óptimo, es decir, aquel que contempla las variables cuyos valores logran reducir en mayor cantidad la variabilidad de la variable dependiente, y que por lo tanto están estrechamente relacionadas en este caso con la percepción de violencia en el paciente hospitalizado.

8.- RESULTADOS Y DISCUSION DE LOS DATOS

8.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Tabla N° 1. Variables Biosociodemográficas de los pacientes hospitalizados en los servicios de cirugía y medicina de un Hospital Público.

Variables Biosociodemográficas		Pacientes Medicina		Pacientes Cirugía		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sexo	Mujer	28	40,0	54	51,9	82	47,1
	Hombre	42	60,0	50	48,1	92	51,9
Edad	Adulto Joven	24	34,3	61	58,7	85	48,9
	Adulto Maduro	28	40,0	25	24,0	53	30,5
	Adulto Mayor	18	25,7	18	17,3	36	20,7
Situación de pareja	Con Pareja	47	67,1	69	66,3	116	66,7
	Sin Pareja	23	32,9	35	33,7	58	33,3

Los totales y porcentajes fueron calculados con un n=70 para medicina y un n=104 para cirugía.

De un total de 174 pacientes hospitalizados que conformaron la muestra para el presente estudio, un 59,8% provenían del servicio de cirugía y un 40,2% del servicio de medicina de un hospital público de la región metropolitana.

En la distribución por sexo del total de la muestra se observa que el porcentaje de pacientes correspondientes al sexo masculino (52,9%), es superior al porcentaje de pacientes del sexo femenino (47,1%). Esta situación por servicio, se presenta similar en el servicio de medicina en el que los pacientes del sexo masculino superan a los del sexo femenino, mujeres superan levemente a los varones.

De los diferentes grupos etéreos, el grupo correspondiente al adulto joven (entre los 15 y 45 años), concentran el mayor número del total de pacientes en un 48,9%. Esta situación se presenta en cirugía donde los pacientes pertenecientes a este grupo presentan el mayor porcentaje (58,7%), mientras que en medicina los pacientes del grupo adulto maduro (40,0%), superan levemente a los adultos jóvenes (34,3%).

Es posible apreciar, que la variable situación de pareja revela que el mayor porcentaje de pacientes, tanto de medicina (67,1%) como de cirugía (66,3%) comparten su vida en pareja.

Continuación Tabla N° 1.

Variables asociadas a la hospitalización		Pacientes Medicina		Paciente Cirugía		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Previsión de salud	FONASA A	27	38,6	36	34,6	63	36,2
	FONASA B	29	41,4	38	36,5	67	38,5
	FONASA C	7	10,0	13	12,5	20	11,5
	FONASA D	6	8,6	15	14,4	21	12,1
	Otras	1	1,4	2	1,9	3	1,7
Nivel Educacional	Sin estudios	7	10,0	3	2,9	10	5,7
	Nivel Básico	42	60,0	41	39,4	83	47,7
	Nivel Medio	15	21,4	44	42,3	59	33,9
	Nivel técnico o superior	6	8,6	16	15,4	22	12,6
Situación Laboral actual	Cesante	8	11,4	16	15,4	24	13,8
	Trabajador activo	19	27,1	36	34,6	55	31,6
	Jubilado ó Pensionado	18	25,7	11	10,6	29	16,7
	Labores de casa	24	34,3	29	27,9	53	30,5
	estudiante	1	1,4	12	11,5	13	7,5
Ingreso familiar mensual	Menos de 110.000	34	48,6	43	41,3	77	44,3
	111000 – 250.000	30	42,9	42	40,4	72	41,4
	251.000 y más	6	8,6	19	18,3	25	14,4

Casi la totalidad de los pacientes (98,3% pertenecen al Fondo nacional de Salud (FONASA), y de ellos el mayor porcentaje (74,7%) se encuentra entre los tramos A Y B, clasificación que asigna gratuidad en la atención que reciben en el sistema público de salud.

Respecto al nivel educacional, se puede observar que del total de pacientes, la gran mayoría (81,6%) poseen un nivel de precaución formal de nivel básico o medio. Distribución que es similar en ambos servicios, en medicina los pacientes con preparación básica o media representan un 81,4%, y en cirugía un 81,7%.

En la variable situación laboral, se observa que los pacientes que se encuentran trabajando activamente antes de ser ingresados al hospital representan solamente un 31,6% del total de la muestra (si se tiene en cuenta que el mayor porcentaje se

encuentra en una edad de adulto joven), con un 27,1% en los pacientes provenientes de medicina y un 34,6% en cirugía. Entonces, es destacable que un porcentaje importante de pacientes se encuentran cesantes previo ingreso al hospital (13,8%). El mayor porcentaje de pacientes del sexo femenino, en ambos servicios, señala dedicarse a labores de casa exclusivamente.

En un alto porcentaje de los hogares de los que provienen los pacientes entrevistados, tanto de cirugía como de medicina, poseen un ingreso mensual inferior a 111.000 pesos, que corresponde actualmente al ingreso mínimo mensual en nuestro país.

Tabla Nº 2 Variables asociadas a la hospitalización de los pacientes de cirugía y medicina de un hospital publico.

Variables asociadas a la hospitalización		Pacientes Medicina		Pacientes Cirugía		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hospitalizaciones previas	En este hospital	51	72,9	64	61,5	115	66,1
	En otro hospital	14	20,0	28	26,9	42	24,1
	Nunca ha estado hospitalizado	5	7,1	12	11,5	17	9,8
Hospitalizaciones previas en este hospital	En medicina	36	70,6	3	4,7	39	33,9
	En cirugía	6	11,8	25	39,1	31	27,0
	En otro servicio	9	17,6	36	56,3	54	39,1
Nº de días Hospitalización actual	2 a 6 días	18	25,7	72	69,2	90	51,7
	7 a 12 días	38	54,3	18	17,3	56	32,2
	13 y mas días	14	20,0	14	13,5	28	16,1
Tipo de tratamiento	Medico	70	100,0	43	41,3	113	64,9
	Quirúrgico	0	0,0	61	58,7	61	35,1
Ayuda requerida durante la hospitalización actual	Necesito ayuda	24	34,3	30	28,8	54	31,0
	No necesito ayuda	46	65,7	74	71,2	120	69,0

Para la mayoría de los pacientes la hospitalización no representa una experiencia desconocida, por cuanto el 90,2% del total de entrevistados, alguna vez ha estado internado en un establecimiento hospitalario, y de ellos el 66,1% ha estado hospitalizado anteriormente en el Establecimiento en el que se realizo el estudio. De la muestra obtenida en el servicio de medicina y que ha estado antes es este hospital, el 70,6% estuvo ingresado en este mismo servicio, situación que para los pacientes de cirugía se presenta en un 39,1%.

Es posible apreciar que el mayor porcentaje de pacientes se encuentra hospitalizado entre dos a seis días. En este servicio de medicina el mayor porcentaje de pacientes (54,3%) se encuentra internado entre siete a doce días, y en el caso del servicio de

cirugía los pacientes permanecieron en mayor porcentaje (69,2%) entre dos a seis días. Esta situación se presenta, se presenta debido a que la de los pacientes de cirugía relacionada con el tipo de patología que afectan y tratamientos que requieren los pacientes en ambos servicios es diferente.

Respecto al tratamiento que reciben los pacientes durante su hospitalización, en el caso de los pacientes ingresados en el servicio clínico de cirugía, fue de resolución quirúrgica en el 58,7% de los casos, el resto de los pacientes internados, tanto a este servicio como a medicina recibieron tratamientos de tipo medico.

El mayor porcentaje de pacientes de ambos servicios en estudio, señalaron no haber necesitado ayuda para realizar actividades de la vida diaria, tales como: levantarse, realizar aseo personal, entre otras. Solamente un 31,0% del total de pacientes señalaron que durante la hospitalización requirieron algún tipo de ayuda para realizar estas actividades.

Tabla N° 3. Variables Asociadas a experiencias de maltrato previo, en los pacientes hospitalarios en los servicios de cirugía y medicina de un Hospital Público.

Variables asociadas a experiencias de maltrato previo		Pacientes Medicina		Pacientes Cirugía		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Experiencias de maltrato previo	No	39	55,7	63	60,6	102	58,6
	Sí	**31**	**44,3**	**41**	**39,4**	**72**	**41,4**
Tipo de maltrato Previo (*)	Físico	16	51,6	17	41,5	33	45,8
	Psicológico	5	16,1	13	31,7	18	25,0
	Sexual	2	6,5	1	2,4	3	4,2
	Físico/Psicológico	8	25,8	10	24,4	18	25,0
Época de ocurrencia maltrato previo (*)l	Infancia	16	51,6	24	58,5	40	55,6
	Adultez	15	48,4	17	41,5	32	44,4
	Casa infancia	6	19,4	21	51,2	27	37,5
Lugar maltrato Previo (*)	Casa adulto	5	16,1	9	22,0	14	19,4
	Trabajo	3	9,7	4	9,8	7	9,7
	Colegio	10	32,3	3	7,3	13	18,1
	Otros	7	22,6	4	9,8	11	15,3

(*) Los totales y porcentajes fueron calculados con un n=31 para medicina y un n=41 para cirugía.

Un porcentaje importante de pacientes refiere haber sido victima durante su vida de algún tipo de maltrato (41,4%). Para Chapell y Di Martino (1998), la experiencia de agresión o maltrato previo es considerada una variable individual importante en la aparición de Conductas violentas. Estos autores postulan que por un lado, haber sido victima de violencia, influye o predispone al individuo a ser un potencial agresor en el futuro, y por otro lado, las personas que han tenido experiencias de maltrato pueden afrontar las situaciones difíciles y reaccionar de una mejor manera solucionado el conflicto, sin generar mas agresión. Además, según los tesistas, la experiencia de maltrato anterior puede contribuir a la aceptación de conductas

violentas futuras, por cuanto el individuo puede estar habituado a un determinado trato agresivo y lo considere “normal”.

Dentro de los tipos de maltrato identificado por los entrevistados, el físico es el que con más frecuencia reconoce, siendo el maltratado sufrido durante la infancia señalando en el mayor porcentaje de los casos (55,6%).

Tabla N° 4. Percepción de violencia durante hospitalización previa, de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía y medicina de un Hospital Público..

Percepción de violencia durantes hospitalización previa	Pacientes Medicina		Pacientes Cirugía		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sí percibió	2	3,1	4	4,3	6	3,8
No percibió	61	93,8	84	91,3	145	92,4
No recuerda	2	3,1	4	4,3	6	3,8

Los totales y porcentajes fueron calculados con un n=65 para medicina y un n=92 para cirugía.

Del total de pacientes que señalaron haber estado hospitalizados previamente (175), en este u otro hospital, un bajo porcentaje percibió violencia durante la atención recibida, violencia dirigida hacia su persona o hacia otros pacientes.

Chapell y Di Martino (1998), señalan que el trabajo con publico, y sobre todo con grupos de especial vulnerabilidad, como en este caso, con los pacientes hospitalizados, aumenta el riesgo de situaciones violentas, sin embargo, el tipo de actividad que se realiza, el ambiente en el que se llevan a cabo las acciones y lo culturalmente aceptado, conllevan a que la violencia en los contextos hospitalarios sea rechazada bajo cualquier circunstancia en la que esta se presente.

ANÁLISIS COMPARATIVO

En las variables de estudio en la presente investigación, cuyas categorías resultantes fueron mutuamente excluyentes, fue aplicado el test de Chi-Cuadrado de Pearson, de cuyo análisis no se obtuvo ningún resultado estadísticamente significativo con los servicios clínicos (p<005).

De este modo los valores p presentados a continuación, corresponden al análisis porcentual comparativo realizado entre los servicios clínicos y las diversas categorías variables en forma independiente.

Tabla Nº 5. Percepción de conductas violentas durante la actual hospitalización de los pacientes en los servicios de medicina y cirugía de un Hospital Público.

Percepción de conductas violentas durante la hospitalización	Pacientes medicina		Pacientes Cirugía		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	p
No Percibe	45	64,3	60	57,7	105	60,3	0,214
Percibe	25	35,7	44	42,3	69	39,7	

Los totales y porcentajes fueron calculados con un n=70 para medicina y un n=104 para cirugía.

Del total de pacientes entrevistados se observa que un 39,7% percibe violencia en la atención que recibe durante la hospitalización actual. Si se compara en forma separada las proporciones de la percepción de violencia

por servicio clínico, es posible señalar que no existen diferencias porcentuales significativas entre la existencia de percepción de violencia de los pacientes de medicina y los de cirugía (p=0,214). Entonces se rechaza la hipótesis de trabajo H1, que plantea que: “existen diferencias porcentuales significativas en la percepción de violencia de los pacientes hospitalizados en medicina, respecto a los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía de un hospital publico”.

Según los autores Morís, Riveros y Pucheau (1996) y los tesistas, los pacientes manifiestan temor a los juicios de valoración de la atención recibida, especialmente en el sistema público de salud ya que saben que en algún momento de sus vidas, volverán en diversas oportunidades a estos servicios y temen las represalias de los funcionarios si es que ellos evalúan negativamente la atención. Los pacientes así lo **manifestaron verbalmente a los investigadores durante la entrevista realizada, no permitiendo que esto quedase consignado en el registro escrito.** Siendo por lo tanto la percepción real de violencia mayor que lo expuesto en la tabla. Por otro lado las personas tienden a dar respuestas que sean socialmente aceptadas, sobre todos los temas polémicos como ciertamente lo es la percepción de violencia, especialmente en un contexto como el de la atención intrahospitalaria. Un aspecto importante también a considerar en este punto, es que las percepciones representan una forma subjetiva de interpretar los eventos (Davidoff,1989), por lo que lo que para un paciente representa una conducta violenta para otro no lo es.

Si comparamos los resultados, obtenidos sobre la percepción de violencia en la hospitalización previa (Tabal Nº4), se puede señalar que está aumentó considerablemente en la actual hospitalización, lo que puede estar asociado a un verdadero aumento de la violencia intrahospitalaria, o que los pacientes hoy en día se atreven un “poco” más a denunciar estos hechos, o bien que al

ser consultados sobre la violencia ocurrida en el pasado el factor olvido esta influyendo en las respuestas.

La percepción de violencia identificada, representa un hallazgo considerado importante para los investigadores, puesto que esto significa que no solamente los trabajadores de la salud son victimas de violencia 8CIE 199b, Sánchez 2002) sino que esta problemática afecta también a los usuarios de los servicios de hospitalización. Este hecho debe llamar a la reflexión sobre la forma en el que se está llevando a cabo atención a los pacientes, que representan nuestro principal sujeto de atención.

La violencia percibida por los usuarios, podía estar dirigida a los propios pacientes entrevistados y / o a sus pares.

Tabla Nº 6. Percepción de conductas violentas dirigidas hacia el paciente hospitalizado entrevistado, en los servicios de medicina y cirugía, Hospital publico.

Percepción de conductas violentas dirigidas **hacia el paciente entrevistado**	Pacientes Medicina		Pacientes Cirugía		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	p
No percibe conductas violentas hacia él	15	60,0	27	61,4	42	60,9	0,467
Percibe conductas violentas hacia él	10	40,0	17	38,6	27	39,1	

Los totales y porcentajes fueron calculados, según los pacientes que percibieron violencia en la hospitalización actual, con un **n=25** para medicina y un **n=44** para cirugía.

De los pacientes que percibieron violencia durante la hospitalización (69), el menor porcentaje de los entrevistados señala que las conductas violentas fueron dirigidas hacia ellos (39,1%), es decir, se identificaron como victimas de violencia en el menor de los casos.

En el análisis comparativo de proporciones, es posible concluir que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la percepción de conductas dirigidas hacia el entrevistado y el servicio de hospitalización.

Según los investigadores, las personas suelen identificar frecuentemente a otros como victimas de actos violentos, en la medida que no desean involucrarse en la situación, en este caso en la denuncia de un hecho agresivo, es por eso que se estimó necesario conocer si el paciente entrevistado percibió conductas de este tipo dirigidas hacia otros, es decir, si reconoce como victimas a otros pacientes.

Tabla N° 7. Percepción de conductas violentas dirigidas hacia otros pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina y Cirugía.

Percepción de conductas violentas dirigidas hacia otros pacientes	Pacientes Medicina		Pacientes Cirugía		Total		
	N°	%	N°	%	N°	%	p
No percibe conductas hacia otros pacientes	2	8.0	6	13.6	8	11.6	0.230
Percibe conductas hacia otros pacientes	23	92.0	38	86.4	61	88.4	

Los totales y porcentajes fueron calculados, según los pacientes que percibieron violencia en la hospitalización actual, con un n=25 para medicina y un n=44 para cirugía.

El 88.4% de los pacientes que percibieron violencia, identificaron a otros como las victimas frecuentes de estos hechos. Si comparamos esta situación con lo expuesto en la tabla anterior, es posible señalar que los pacientes de este estudio, en general identifican a sus pares como victimas de violencia, lo que confirma lo anteriormente señalado que los pacientes tal vez no desean comprometerse mas allá de la denuncia de un hecho violento, por los temores que aun existen en los usuarios, especialmente los de los servicios públicos de salud.

Si comparamos las proporciones de la dirección de las conductas violentas percibidas hacia otros pacientes, se puede señalar que no existen diferencias estadísticas significativas entre ambos servicios en estudio.

Tabla Nº 8. Intensidad de las conductas violentas dirigidas hacia el paciente hospitalizado entrevistado en los servicios de medicina y cirugía de un hospital publico.

Intensidad de las conductas Violentas identificadas **hacia el Paciente entrevistado**	Pacientes Medicina		Pacientes Cirugía		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	p
Leve	2	20,	5	29,4	7	25,9	0,304
Moderada	7	70,0	9	52,9	16	59,3	0,196
Alta	1	10,0	3	17,6	4	14,8	0,289

Los totales y porcentajes fueron calculados para un total de 27 pacientes, con un n=10 para medicina y n=17 para cirugía.

De los pacientes que percibieron conductas violentas dirigidas hacia ellos (27), el mayor porcentaje (59,3%) considera que estas conductas, fueron de una intensidad moderada. En la comparación porcentual de la intensidad de las conductas y el servicio clínico, no se presentan diferencias estadísticamente significativas.

Así como la percepción de violencia es un proceso individual y subjetivo, también lo es la intensidad o gravedad asignada a los hechos evaluados como violentos, lo que es grave para unos, pude ser considerado leve o moderado para otros. Esto se relaciona además según Chapell y Di Martino (1998) con la identificación de violencia, y según los tesistas, también con la intensidad o gravedad asignada a hechos ocurridos en el pasado, en otras palabras, los eventos violentos del cual el individuo fue víctima en el pasado, establecen la base de evaluación de hechos futuros. De este modo, si un paciente está acostumbrado, por ejemplo, a que en su hogar usen habitualmente un tono de voz violento para comunicarse, posiblemente no constituya esto un hecho violento durante la hospitalización, o si lo es lo evaluará como leve.

Tabla Nº9. Intensidad de as conductas violentas hacia otros pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un Hospital publico.

Intensidad de las conductas violentas identificadas **Hacia otros pacientes**	Pacientes Medicina		Pacientes Cirugía		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	p
Leve	3	13,0	8	21,1	11	18,0	0,216
Moderada	12	52,2	18	47,4	30	49,2	0,353
Alta	8	34,8	12	31,6	20	32,8	0,405

Los totales y porcentajes fueron calculados con un = 23 para medicina y n = 38 para cirugía.

De los entrevistados que percibieron conductas violentas dirigidas hacia otros pacientes, se puede establecer que el mayor porcentaje de estas fueron consideradas de una intensidad moderada. En el análisis porcentual comparativo entre la intensidad y el servicio clínico en el que se presentaron, no se logro establecer diferencias estadísticamente significativas. Por lo tanto es rechazada la hipótesis H2 que señala: “existen diferencias porcentuales significativas entre las intensidades de violencia identificadas hacia otros pacientes hospitalizados en el servicio medicina, identificadas hacia otros pacientes hospitalizados en el servicio medicina, respecto a

la intensidad de la violencia identificada hacia otos pacientes hospitalizados en cirugía de un hospital público.

Aunque el mayor porcentaje de pacientes indica a otros como victima de hechos violentos durante la atención hospitalaria, la intensidad asignada tanto a la violencia percibida hacia ellos como a otros, fue considerada en ambos casos como moderada.

Tabla Nº 10. Tipo de conductas violentas percibidas por los pacientes durante la hospitalización, en los servicios de medicina y cirugía de un hospital publico.

Tipo de conductas violentas percibidas durante la hospitalización			Pacientes Medicina		Pacientes cirugía		Total		
			Nº	%	Nº	%	Nº	%	P
Psicológicas	Humillantes	Burlas, Apodos	4	16,0	9	20,5	13	18,8	0,323
		Ridiculización	5	20,0	5	11,4	10	14,5	0,166
		Humillación	5	20,0	7	15,9	12	17,4	0,333
	Amenazantes	Frases/miradas amenazantes	1	4,0	7	15,9	8	11,6	0,135
		Dirigirse tono de voz violento	8	32,0	18	40,9	26	37,7	0,233
		Llamadas de atención en publico	8	32,0	13	29,5	21	30,4	0,414
	Frialdad en el trato		10	40,0	22	50,0	32	46,4	0,213
	Falta de atención		20	80,0	41	93,2	61	88,4	0,055
Física	Tirones		3	12,0	1	2,3	4	5,8	0,051
Sexual	Exposición innecesaria del cuerpo		2	8,0	0	0,0	2	2,9	0,117

Los totales y porcentajes fueron calculados con un n=25 para medicina y un n=44 para cirugía.

Estudios realizados sobre violencia en los contextos hospitalarios, desde la perspectiva de los dispensadores de los cuidados de salud, revelan que la violencia de tipo psicológica es la más frecuente (CIE, 2002, Sánchez, 2002). Los pacientes identificaron una o más conductas violentas (no son excluyentes entre sí), las que correspondieron en su gran mayoría a manifestaciones de violencia de tipo psicológica.

Las conductas violentas del tipo psicológicas identificadas por los pacientes fueron agrupados en cuatro categorías; humillantes, amenazantes, aquellas referentes a la falta de atención y el trato frío recibida durante la hospitalización. Dentro de las conductas humillantes se encuentran las burlas, apodos, ridiculización y humillación. En la comparación porcentual entre cada una de este tipo de conductas, no existe diferencia estadísticamente significativa entre ambos servicios en estudio.

Los pacientes manifestaron sentirse humillados cuando no eran llamados por sus nombres, sino por el número de cama o enfermedad que les aquejaba, en algunas ocasiones, según manifestaron eran llamados por apodos que el personal les asignaba, tal vez en un afán de logran mayor acercamiento, pero que les parecía a los pacientes poco adecuado y una falta de respeto a su persona. A este punto se refiere Iceta (1996), cuando señala que la cercanía y el cariño que existe hacia los enfermos de parte del personal de salud, no está reñido no con la buena educación, ni con el respeto que merece. En la cotidianidad, no es poco frecuente llamar al paciente, por ejemplo de “abuelo (a)”, “viejito” (a), de manera de lograr mayor familiaridad y confianza con los pacientes, este aspecto del trato con el usuario debe ser cautelado, ya que según los resultados obtenidos, para algunos pacientes representa un signo de violencia durante la atención de salud.

Dentro de las conductas amenazantes fueron agrupadas las frases y miradas amenazantes, el uso de un tono de voz violento y los llamados de atención en público. En el análisis porcentual comparativo entre cada una de estas conductas y el servicio en el que se presentaron, no se encontraron diferencias significativas.

El paciente hospitalizado, se presenta vulnerable en un medio complejo, como es el hospital. En este lugar el paciente/usuario busca la atención a su problema de salud, atención que según señala Rodríguez (1999), debe estar basada en la comunicación entre prestadores y receptores de los servicios sanitarios, la que contempla el usar una voz agradable, sobre todo no levantar innecesariamente el tono de voz. En este punto los pacientes entrevistados consideraron el uso de un tono de voz fuerte y cortante, como agresivo y poco adecuado durante la atención hospitalaria. La experiencia de uno de los investigadores en la atención directa a los pacientes en los servicios, señala que en algunas ocasiones los funcionarios elevan el tono de voz, para asegurar la recepción adecuada del mensaje transmitido, este hallazgo permite deducir que la forma en la que se establece la comunicación es ciertamente poco adecuada y ofensiva para los usuarios, por cuanto la identifican como violenta.

Los llamados de atención en público, representan una conducta señalada como violentadora, en la comunicación que se establece con los integrantes del equipo de salud. El llamado de atención frente a otros pacientes, con los que comparten una sala de hospitalización, representa una invasión a la privacidad e independiente de la causa que motive el llamado de atención, las que muchas veces según reconocen los pacientes están dirigidas a corregir una conducta en beneficio de su salud, no justifica que se ponga en conocimiento de las más diversas situaciones que atañen sólo al paciente, al resto de las personas que se encuentran en una sala de hospitalización. Esta situación es a veces difícil de manejar puesto que las salas de este hospital, como en general son las de hospitales públicos, son compartidas por

seis, ocho o más pacientes, entonces la privacidad está representada sólo por la cama y el velador y la intimidad del lenguaje hablado queda minimizada.

La falta de atención señalada por los pacientes, apuntaba principalmente a la satisfacción de necesidades básicas, como son aseo y eliminación, y en segundo lugar a las necesidades derivadas de la enfermedad y sus diversas manifestaciones. Según la experiencia del investigador y diverso personal del área clínica, un paciente ingresado en un hospital puede presentar distintas condiciones que limitan su independencia, para satisfacer las necesidades de ase y eliminación en forma autónoma, esto debido a la enfermedad que le aqueja, a través de diferentes manifestaciones como dolores, estados nauseosos, entre muchos otros, y también del tratamiento al que son sometidos durante la hospitalización. Estos tratamientos pueden diferir de acuerdo a la patología de cada paciente, los que están representados, por ejemplo; por cirugías de menor a mayor complejidad, uso de drenajes, vendajes, administración de fluidos parenterales, que en medida provocan limitación y dependencia del paciente al cuidado y atención de otros para satisfacer sus necesidades de aseo y eliminación. La falta de atención en este aspecto, fue ejemplificada recurrentemente por los pacientes en estudio, con el tiempo prolongado que demoraba el personal de salud en atender llamados de solicitud y retiro de chatas, y la falta de cooperación en la realización del aseo personal, en especial de aquellos más dependientes. Este factor de atención a las necesidades de eliminación vesical e intestinal en la sala de hospitalización, representa además un importante factor generador de estrés en los pacientes (Roa, 1995).

La identificación de los pacientes de una conducta negativa como lo es la deficiencia en la atención a las necesidades básicas de aseo y eliminación, representa uno de los problemas de la asistencia de enfermería identificado también por Ricker (1980) y un hecho importante para los investigadores, ya que esto se puede relacionar con la falta de personal para la atención específica de aseo y confort

de los pacientes hospitalizados. El recurso humano disponible es limitado, y no logra atender a tiempo a todos los llamados de los usuarios que requieren atención. Según la experiencia de los investigadores, muchas veces son los mismos pacientes, compañeros de sala los que en un afán solidario, ayudan a aquellos pacientes que son más dependientes de otros en la satisfacción de estas necesidades.

En relación a la satisfacción de aquellas necesidades derivadas de la enfermedad y sus distintas manifestaciones, como el alivio del dolor, administración de fármacos, según horario Pre-establecido, es señalada con menos frecuencia por los entrevistados.

En el análisis porcentual comparativo entre la falta de atención y los servicios clínicos, no se obtuvo diferentes estadísticamente significativas, aunque se observa que en el servicio de cirugía esta conducta es identificada con más frecuencia por los pacientes.

La frialdad en el trato del personal de salud, es otro aspecto considerado como violentador por el paciente/usuario de los servicios hospitalarios, al identificar conductas poco empáticas e impersonales. Los pacientes identifican este trato impersonal, por ejemplo, al ser tuteados por el personal que les atiende, y a la relación indiferente que los funcionarios de salud establecen con ellos. Este trato frío e indiferente también es un factor estresante en los pacientes durante la hospitalización, ya que las personas es esta condición, necesitan establecer una relación de confianza con el personal a cargo de su cuidado (Rosa, 1995). A este punto se refiere también Rodríguez (1999), cuando dice que la calidez en la atención que otorga el equipo de salud se torna un aspecto importante y que va desde el saber escuchar, establecer una dinámica de contacto que puede ir desde el contacto visual, hasta el abrazo estrecho, sonreír y el consolar sinceramente, condicionan la relación

entre prestadores y usuarios. Los Tesistas comparten ampliamente la necesidad que existe de establecer una comunicación basada en la empatía y respeto con el paciente, sin embargo, esta relación se ve alterada tal vez influenciado por un lado con la demanda asistencia, que muchas veces limita la comunicación con los pacientes y por otro lado las conductas de algunos funcionarios que aún consideran al paciente como un mero receptor de cuidados, y no como un integrante activo de la atención en salud.

Entre las conductas consideradas como manifestación de violencia física, sólo fue identificada los tirones, los que según manifestaron los pacientes, se presentaban especialmente al trasladar pacientes más dependientes físicamente, de una camilla a otra. La identificación de esta conducta se presenta con baja frecuencia, y no expresan diferencias porcentuales significativas entre uno y otro servicio (p=0,051).

La exposición innecesaria del cuerpo, considerada como una manifestación de violencia sexual, fue identificada en menos oportunidades, presentándose especialmente al realizar cambios de posición, aseo a los pacientes y algunos procedimientos, tales como curaciones. Esto puede estar relacionado, con el número de pacientes por sala en los servicios públicos y al falta de privacidad subyacente, la escasez de separadores o biombos que aseguren el resguardo de la intimidad de los pacientes, y / o por la falta de empatía de los dispensadores de los cuidados hacia los pacientes. No se presentan diferencias porcentuales significativas de esta conducta entre los servicios clinicos (p=0,117).

Tabla Nº 11. Agentes agresores, identificados por los pacientes hospitalizados en los servicios de cirugía y medicina de un hospital público.

Agentes agresores identificados	Pacientes Medicina		Paciente Cirugía		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	P
Médicos	2	8,0	4	9,1	6	8,7	0,443
Enfermeras/os	3	12,0	5	11,4	8	11,6	0,450
Paramédicos	7	28,0	14	31,8	21	30,4	0,364
Auxiliar de servicios	3	12,0	4	9,1	7	10,1	0,346
No logra identificar	13	52,0	22	50,0	35	50,7	0,436
Todos los funcionarios en general	5	20,0	12	27,3	17	24,6	0,258
Otros	7	28,0	1	2,3	8	11,6	0,000

Los totales y porcentajes fueron calculados para medicina n=25 y para cirugía n=44.

Los pacientes que identificaron una o mas conductas violentas (69), señalaron a su vez a uno o mas agentes ejecutantes de estas acciones, es decir, los agentes agresores señalados por los pacientes, no son excluyentes entre sí. El mayor porcentaje de pacientes (50,7%) no logra identificar al agente agresor en un estamento determinado, esta situación se presenta en ambos servicios clínicos, no existiendo diferencias significativas entre medicina y cirugía.

El que estos pacientes no logren identificar al estamento del funcionario agresor, puede estar relacionado, con el hecho de que cuando un paciente es ingresado a un hospital, es separado de su ambiente familiar, conocido y estable por otro extraño, en el que debe relacionarse con múltiples personas, con distintos roles, tales como; profesionales, técnicos, pacientes, familiares, entre otros (Moro, 1999, Valenzuela 1995), y según la experiencia de los investigadores, esta variedad de personas con las que se relaciona el paciente durante su estadía, suele confundir a los usuarios, especialmente cuando el personal de salud no se identifica previamente, o no porta identificación clara y / o por lo similar del vestuario. Por otro lado, esto puede ser asociado además a que los pacientes entrevistados no quieran identificar un estamento determinado, por no comprometerse mayormente en la denuncia de un hecho de violencia identificando al agente agresor.

El 30,4% de los pacientes identifica al técnico paramédico como el agente ejecutante las conductas violentas. Este personal es el que en mayor número se encuentra trabajando en los servicios clínicos, además es el estamento que se encuentra diariamente más tiempo en contacto con los pacientes hospitalizados.

Los pacientes en un 24,6%, señalan al personal de salud en general como agente de las conductas violentas, es decir, no importando el estamento a cargo que ocupe dentro del equipo de salud, igualmente se observan actos que son considerados como violentadores por todo el personal, sin distinción. Esta situación podría también interpretarse, según los tesistas, que los pacientes en alguna medida al señalar a todos los funcionarios, tal vez identifican al propio sistema de salud, es decir, a la organización en general de prestaciones sanitarias, por ello extienden la mención a todos los dispensadores de la atención.

Las enfermeras, médicos y auxiliares de servicio también fueron identificados como agentes agresores en ambos servicios clínicos, pero en menor frecuencia.

Los resultados alcanzados en el análisis porcentual comparativo entre servicio clínico y agente ejecutantes, se obtuvo asociación estadísticamente significativa sólo aquel considerando en ítem “otros” (p=0,000), en los que se encuentran el personal administrativo, otros profesionales y alumnos, los que fueron identificados con mayor frecuencia en medicina, por lo que es aceptada la hipótesis de trabajo H3, que señala: “ existen diferencias porcentuales significativas entre los agentes agresores identificados por los pacientes hospitalizados en medicina, respecto a los identificados por los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía de un hospital público”, pero cabe destacar que las frecuencias presentadoras fueron bajas.

De este modo así como los trabajadores de salud, se ven afectados por actos violentos, en los que se destaca a los pacientes como perpetradores de estos hechos, especialmente de violencia física (CIE, 2002), según este estudio, los dispensadores de la atención y cuidados en salud son identificados también como ejecutores de actos violentos, según la percepción de los receptores de los servicios sanitarios intra-hospitalarios.

Las situaciones en que se presentaron con mayor frecuencia las conductas violentas percibidas por los pacientes, correspondían cuando solicitaban algún tipo de atención durante la hospitalización, es decir, en los momentos en que los pacientes requerían la presencia del personal de salud para satisfacer alguna necesidad o plantear alguna interrogante. **El personal que acudía a estos llamados**

presentaba conductas catalogadas como violentas por el usuario, este es un aspecto, que según los investigadores requiere de un estudio en mayor profundidad, puesto que si reconocemos al paciente hospitalizado como el principal foco de atención, el responder o satisfacer las demandas que éstos realizan es parte fundamental del quehacer hospitalario, esto merece replantar el tipo de atención brindada e identificar aquellos factores que pudieran estar asociados con estos hechos.

La segunda instancia en la que los usuarios perciben conductas violentas, es cuando son sometidos a tratamientos y diversos procedimientos durante la estadía en el hospital. Esto puede estar relacionado con la mayor vulnerabilidad y exposición a la que los pacientes se ven sometidos, por ejemplo; cuando son realizadas exámenes físicos, curaciones, instalación de sondas, administrados tratamientos endovenosos e intramusculares, entre otros. El respeto y derecho a la intimidad vulnerada, no sólo al especio propio, el que en el caso de los pacientes hospitalizados, como señala Vaccereza (2000) está limitado a una cama y a un velador, los que en el momento de alguna técnica o procedimientos se ven invadidos, esta reducción máxima del espacio territorial exige del personal de salud normas de urbanidad, respeto y cordialidad indispensables al momento de ingresar a esta privacidad territorial. Otro aspecto de la intimidad a considerar en este punto, según este autor es el respeto al cuerpo del otro ser humano paciente, ya que la vestimenta no solamente cumple funciones de ornato y protección térmica, sino además de ocultamiento del cuerpo, especialmente de los órganos con función reproductora y excretora.

Para los investigadores estos puntos deben ser considerados siempre en la relación que se establece con los pacientes. El respeto a la intimidad territorial debe ser expresado, por ejemplo al pedir autorización al paciente (si el caso lo permite) para descubrir sus ropas de cama, acercarse a su unidad para realizar algún

procedimiento, para abrir su velador o dejar algo sobre él, porque en el momento que un paciente se encuentra en una unidad, pasa a se la cama y el velador de la Sra o Sr. X.

Para cualquier procedimiento no solamente el paciente debe estar al tanto de lo que se va a realizar, sino también autorizar la intervención, en la que la intimidad corporal innumerables y necesariamente es vulnerada, este un aspecto de difícil manejo a veces en un hospital público en el que en cada sala es compartida por varios pacientes, y evaluados por variadas personas, tales como personal médico, de enfermería, alumnos de carreras de la salud, muchas veces sin una adecuada protección, atendiendo, como señala Iceta (1996) a una visión reduccionista a la sola patología olvidando a la persona que puede estar innecesariamente expuesta a la visión de todos.

En tercer lugar los pacientes señalan otras situaciones en las que perciben violencia, entre las que se encuentran por ejemplo el ser trasladados a otras dependencias del hospital, para efectos de exámenes y tratamientos, la recepción al ingreso en el servicio clínico, en, que señala: “ existen diferencias porcentuales significativas entre los agentes agresores identificados por los pacientes hospitalizados en medicina, respecto a los identificados por los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía de un hospital público”, pero cabe destacar que las frecuencias presentadoras fueron bajas.

De este modo así como los trabajadores de salud, se ven afectados por actos violentos, en los que se destaca a los pacientes como perpetradores de estos hechos, especialmente de violencia física (CIE, 2002), según este estudio, los dispensadores de la atención y cuidados en salud son identificados también como

ejecutores de actos violentos, según la percepción de los receptores de los servicios sanitarios intra-hospitalarios.

Tabla Nº12. Situaciones en las que se presentan con mayor frecuencia las conductas violentas percibidas por los pacientes hospitalizados, en los servicios de cirugía y medicina de un hospital público.

Situaciones en las que se presentan Las conductas violentas	Pacientes Medicina		Pacientes Cirugía		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	P
Visita medica	4	16,0	2	4,5	6	8,7	0,064
Tratamientos/Procedimientos	4	16,0	10	22,7	14	20,3	0,245
Cuando se solicita atención	15	60,0	26	59,1	41	59,4	0,467
Otras situaciones	2	8,0	6	13,6	8	11,6	0,234

Los totales y porcentajes fueron calculados con un n=25 para medicina y un n=44 para cirugía.

El mayor porcentaje de pacientes (59,4%) identifica que la situación en la que con más frecuencia se presentan las conductas violentas, corresponde cuando solicitan atención del personal de salud. Lo que se relacionaría con la falta de atención señalada como la conducta violenta mas frecuente durante la hospitalización (Tabla Nº 10). En el análisis porcentual comparativo entre los servicios y las situaciones en las que se presentaron las conductas violentas, no se observan diferencias estadísticamente significativas. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis H4 que plantea: “existen diferencias porcentuales significativas entre las situaciones en las que se presentan las conductas violentas percibidas por los pacientes en medicina, respecto a las percibidas por los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía de un hospital público”.

Las situaciones en que se presentaron con mayor frecuencia las conductas violentas percibidas por los pacientes, correspondían cuando solicitaban algún tipo de atención durante la hospitalización, es decir, en los momentos en que los pacientes requerían la

presencia del personal de salud para satisfacer alguna necesidad o plantear alguna interrogante. **El personal que acudía a estos llamados presentaba conductas catalogadas como violentas por el usuario, este es un aspecto, que según los investigadores requiere de un estudio en mayor profundidad, puesto que si reconocemos al paciente hospitalizado como el principal foco de atención, el responder o satisfacer las demandas que éstos realizan es parte fundamental del quehacer hospitalario, esto merece replantar el tipo de atención** brindada e identificar aquellos factores que pudieran estar asociados con estos hechos.

La segunda instancia en la que los usuarios perciben conductas violentas, es cuando son sometidos a tratamientos y diversos procedimientos durante la estadía en el hospital. Esto puede estar relacionado con la mayor vulnerabilidad y exposición a la que los pacientes se ven sometidos, por ejemplo; cuando son realizadas exámenes físicos, curaciones, instalación de sondas, administrados tratamientos endovenosos e intramusculares, entre otros. El respeto y derecho a la intimidad vulnerada, no sólo al especio propio, el que en el caso de los pacientes hospitalizados, como señala Vaccereza (2000) está limitado a una cama y a un velador, los que en el momento de alguna técnica o procedimientos se ven invadidos, esta reducción máxima del espacio territorial exige del personal de salud normas de urbanidad, respeto y cordialidad indispensables al momento de ingresar a esta privacidad territorial. Otro aspecto de la intimidad a considerar en este punto, según este autor es el respeto al cuerpo del otro ser humano paciente, ya que la vestimenta no solamente cumple funciones de ornato y protección térmica, sino además de ocultamiento del cuerpo, especialmente de los órganos con función reproductora y excretora.

Para los investigadores estos puntos deben ser considerados siempre en la relación que se establece con los pacientes. El respeto a la intimidad territorial debe ser expresado, por ejemplo al pedir autorización al paciente (si el caso lo permite)

para descubrir sus ropas de cama, acercarse a su unidad para realizar algún procedimiento, para abrir su velador o dejar algo sobre él, porque en el momento que un paciente se encuentra en una unidad, pasa a se la cama y el velador de la Sra o Sr. X.

Para cualquier procedimiento no solamente el paciente debe estar al tanto de lo que se va a realizar, sino también autorizar la intervención, en la que la intimidad corporal innumerables y necesariamente es vulnerada, este un aspecto de difícil manejo a veces en un hospital público en el que en cada sala es compartida por varios pacientes, y evaluados por variadas personas, tales como personal médico, de enfermería, alumnos de carreras de la salud, muchas veces sin una adecuada protección, atendiendo, como señala Iceta (1996) a una visión reduccionista a la sola patología olvidando a la persona que puede estar innecesariamente expuesta a la visión de todos.

En tercer lugar los pacientes señalan otras situaciones en las que perciben violencia, entre las que se encuentran por ejemplo el ser trasladados a otras dependencias del hospital, para efectos de exámenes y tratamientos, la recepción al ingreso en el servicio clínico, en El horario de visita de familiares y cuando se realizaba el aseo en la sala de hospitalización.

Tabla Nº 13. Horario en le que se presentan la conductas violentas percibidas por los pacientes hospitalizados, en los servicios de cirugía y medicina

Horario en el que se presentan Las conductas violentas	Pacientes Medicina		Pacientes cirugía		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	p
Mañana	2	8,0	8	18,2	10	14,5	0,129
Tarde	4	16,0	5	11,4	9	13,0	0,276
Noche	9	36,0	20	45,5	29	42,0	0,211
Ninguna hora en especial	10	40,0	11	25,0	21	30,4	0,098

Los Totales y porcentajes fueron calculados con un n=25 para medicina y un n=44 para cirugía.

En el análisis porcentual comparativo entre los servicios y los horarios en los que se perciben conductas violentas, no se encontraron diferencias estadísticas significativas. El mayor porcentaje de pacientes (42,0%) señala que el horario en el que perciben mayor cantidad de conductas violentas, corresponde al de las 20:00 a 08:00 horas, es decir, el turno de noche.

Estudios realizados por el CIE (1999b) sobre la temática de la violencia que sufre el personal de enfermería, señalan que en los horarios de mayor fluencia de funcionarios, de público y de mayor demanda de trabajo, representan los horarios donde el colectivo de trabajo de enfermería es más vulnerable a ser violentado. En un estudio realizado por Sánchez (2002), sobre la percepción de violencia de las enfermeras, éstas identificaban el horario de 08:00 a 12:00 como el horario de la jornada laboral en el que mayor violencia se ejercía hacia ellas, este autor concluye que el mayor número de actividades se concentra en este horario y existe mayor presión asistencia, lo cual genera mayor recarga de trabajo y mayor concentración de funcionarios en los servicios clínicos, generándose de este modo mayor cantidad de trabajo sobre el profesional de enfermería, que de por sí es insuficiente en los distintos servicios públicos de atención.

Los pacientes señalan según el presente estudio, que en le turno de noche se presentan mayor cantidad de conductas violentas, durante la atención que reciben en la hospitalización. El turno de noche, corresponde a la jornada de trabajo intrahospitalaria en la que se presentan menor cantidad de funcionarios, comparados con los turnos diurnos. Durante el día son múltiples personas las que encuentran n los servicios clínicos atendiendo y satisfaciendo las necesidades de los pacientes, no solamente se encuentra el personal hospitalario (enfermeras, técnicos paramédicos, médicos, auxiliares de servicio), sino que además se presentan: alumnos de enfermería, medicina, técnico paramédicos, y los familiares, en las horas de visita. Todas estas personas colaboran durante el día con los múltiples actividades asistenciales, sin embargo, durante la noche sólo se encuentra y en menor número los funcionarios del hospital, los que aunque realizan menor cantidad de actividades que en el turno diurno, deben también realizar controles, procedimientos y diversos cuidados a los pacientes hospitalizados. ¿Será que el personal del turno nocturno es insuficiente o que la atención brindada en este horario difiere del resto?

Una cantidad no despreciable de pacientes perciben conductas violentas a cualquier horario indistintamente (30,4%). Es decir, los pacientes señalan que en cualquier momento las conductas violentas se pueden presentar, el generalizar la temporalidad puede estar relacionado más bien con las personas que ejecutan la acción violenta más que el horario en el que estos hechos ocurren.

Tabla Nº 14. Factores predisponentes a conductas violentas del agresor, identificados por los pacientes hospitalizados, en los servicios de cirugía y medicina de un Hospital Público.

Factores predisponentes a conductas violentas del agresor	Pacientes Medicina		Pacientes Cirugía		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	p
Estrés por sobrecarga de trabajo	11	44,0	25	56,8	36	52,2	0,151
Carácter de la personalidad	3	12,0	11	25,0	14	20,3	0,100
Limitación de recursos	3	12,0	3	6,8	6	8,7	0,241
Otras	8	32,0	5	11,4	13	18,8	0,017

Los totales y porcentajes fueron calculados con un n = 25 para medicina y un n = 44 para cirugía.

Cabe destacar que el mayor porcentaje de pacientes (52,2%) tanto de medicina como de cirugía, considera que el factor estrés del personal de salud por sobrecarga de trabajo, es un factor predisponente a la manifestación de conductas violentas.

Chapell y Di Martino (1998), reconocen que el estrés es un factor determinante en la presentación de comportamientos violentos en los individuos. Este aspecto ha sido también analizado por el CIE (2001), el que reconoce que una de las causas de estrés en el personal de salud es el tratar con la muerte y los moribundos, conflictos entre compañeros de trabajo, preparación inadecuada para tratar necesidades emocionales de pacientes y sus familias, y precisamente la sobrecarga de

trabajo, la que a su vez puede llevar a la falta de atención en el trabajo y al cambio de comportamientos. Los mismos profesionales de enfermería en el trabajo de Sánchez (2002), atribuyen precisamente a la presión asistencial como el principal factor asociado a la violencia que les afecta. Este aspecto requiere mayor atención, ya que tanto los dispensadores de los cuidados de salud como los propios pacientes receptores de los cuidados, reconocen al estrés como causal de violencia, esto puede estar influyendo tanto en el clima laboral hospitalario, como en la calidad de la atención prestadora a los usuarios, como lo señala Kingma (1999).

En segundo lugar, los usuarios destacan que un factor predisponente a la violencia corresponde al carácter de los propios dispensadores de los cuidados de salud, es decir, las conductas agresivas están influenciadas por la personalidad del funcionario. Chapell y Di Martino, en el modelo propuesto para la violencia en el lugar de trabajo, reconoce que el carácter o temperamento puede influenciar negativamente las relaciones establecidas y predisponer comportamientos agresivos, por cuanto determinan las actitudes y guían las acciones. En este caso la personalidad del funcionario de salud, influencia, según el paciente las conductas violentas, pero probablemente también el factor estrés reconocido anteriormente podría estar influenciando la actitud de un funcionario en determinado momento. Sin embargo, es necesario reconocer que la disposición o actitud en el cuidado de los pacientes, especialmente en los hospitalizados, que están en un ambiente ajeno y dependientes del cuidado de otras personas requiere ser mas empático, respetuoso y con una adecuada disposición, según destaca Delblanco (1992), de tal forma de crear un clima de confianza y adecuada disposición, y ciertamente sin conductas violentas.

En el ítem considerando como otros factores, se encuentran el comportamiento de los mismos pacientes, que de acuerdo a lo señalado por los entrevistados en variadas ocasiones la actitud negativa de los propios usuarios,

influenciaba las conductas agresivas, y por otro lado los pacientes en algunas ocasiones propician respuestas violentas (desalojo al término del horario de visita).

Un aspecto que llama la atención en este análisis, es que los pacientes reconocen al estrés como principal factor predisponente, sin embargo, el menor porcentaje de los entrevistados asocia a la falta de recursos (materiales y/o humanos) como un factor relacionado con este tipo de conductas (8,7%).

En el análisis porcentual comparativo entre los servicios clínicos y cada factor predisponente a las conductas violentas, solamente se encontró una diferencia estadísticamente significativa, en el ítem considerado como “otros”, reconociéndose este factor con más frecuencia en el servicio de medicina.

Tabla Nº 15. Respuestas de afrontamiento de los pacientes a las conductas violentas percibidas, en los servicios de cirugía y medicina de un Hospital Público.

Respuestas de afrontamiento a las conductas violentas	Pacientes Medicina		Pacientes Cirugía		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	p
Acepta pasivamente, no hace nada	24	96,8	37	84,1	61	88,4	0,052
Se defiende verbalmente	0	0,0	5	11,4	5	7,2	0,045
Negocia o dialoga para solucionar el conflicto	1	1,4	2	4,5	3	4,3	0,195

Los totales y porcentajes fueron calculados con un n = 25 para medicina y un n = 44 para cirugía.

La mayoría de los pacientes que señalan percibir conductas violentes durante la atención recibida en la hospitalización, aceptan estas situaciones sin decir, ni hacer nada. En el análisis porcentual comparativo entre los servicios clínicos y las respuestas de afrontamiento, se puede decir que aunque las frecuencias son bajas, existe diferencia estadísticamente significativa (p=0,045) en la respuesta “se defiende verbalmente”, la que se presentó solamente en el servicio de cirugía.

El adoptar una actitud pasiva frente a las conductas violentas, puede asociarse con la relación asimétrica y jerárquica que se establece entre el personal de salud y los pacientes en los hospitales públicos (Rocha y Cols. 2000), en la que los pacientes en una situación de dependencia en mayor o menor grado toleran las diversas conductas y manifestaciones que surgen durante la hospitalización. Ferreira (1997), en un estudio basado en las relaciones de poder entre las enfermeras y pacientes adultos hospitalizados, estos últimos adoptaban una actitud sumisa, pasiva y obediente, aceptando la atención de salud desde su rol pasivo, como mero receptor de los cuidados, actitud que se ha tratado de cambiar impulsando la participación activa de los usuarios en la atención en salud, por ejemplo a través de la divulgación de los deberes y derechos del paciente.

Aunque desde hace un tiempo, el tema de los derechos de los pacientes en nuestro país, se ha difundido, especialmente a través de los medios de comunicación, los usuarios del sistema público aún mantienen un “rol de paciente”, presentando una actitud pasiva, que limita su expresión o juicios respecto a la atención recibida. Según la experiencia de los investigadores, esta situación se presenta especialmente en los pacientes de estratos educacionales y económicos más bajos, los que además “por la gratuidad de la atención recibida” suelen conformarse con las prestaciones sin enjuiciar actos que pudieran parecerle cuestionables, como son los comportamientos violentos. Según una investigación realizada por Pereira

(2000), concluye que los usuarios de mas bajo estrato socioeconómico de los servicios de salud, no son capaces de negociar con los funcionarios de salud y exigir una mejor atención y respeto a sus derechos por es escaso capital lingüístico que poseen.

Con el tiempo lo más probable, como ya se está presentado, la actitud y exigencias de los pacientes respecto a la atención en salud que recibe irán en aumento. Goic (2000); señala que esto se debe a que por un lado existe mayor difusión e información del común de las personas respecto a sus derechos en salud, como ocurre en países desarrollados, y por otro lado han aumentado las expectativas de las personas en salud, lo que se está traduciendo en instrumentos legales que obligan a los prestadores de los servicios sanitarios, autoridades de salud y a los gobiernos, a un esfuerzo por no solamente satisfacer las necesidades en salud, lo que se traduce además en un trato adecuado al paciente.

Lo anteriormente expuesto se confirma con el bajo porcentaje de pacientes que buscan el diálogo y respuestas frente a actitudes consideradas violentas (4,3%), es decir, el mínimo de pacientes hace valer sus derechos mediante una comunicación efectiva.

Tabla Nº 16. Influencia de las conductas violentas percibidas en la salud Mental de los pacientes hospitalizados en los servicios de cirugía y medicina de un hospital publico.

influencia de las conductas violentas en la salud mental de los pacientes		Pacientes Medicina		Pacientes Cirugía		Total		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	p
Influye	Poco	8	32,0	11	25,0	19	27,5	0.266
	Moderado	3	12,0	9	20,5	12	17,4	0,175
	Mucho	2	8,0	3	6,8	5	7,2	0,439
No Influye		12	48,0	21	47,7	33	47,8	0,500

Los totales y porcentajes fueron calculados con un n=25 para medicina y un n=44 para cirugía.

La violencia ha evidenciado repercusiones importantes a nivel de la salud de las personas, no en vano es considerada una epidemia (OMS, 1996). Las numerosas muertes, heridos, enfermedades, impacto en la salud mental y cambios en el comportamiento de las personas afectadas aumentan las estadísticas en todos los contextos a nivel mundial.

Frente a la interrogante planteada si los pacientes identificaban algún tipo de influencia en su tipo de salud, debido a estas conductas violentas, cabe destacar que ningún paciente identificó algún tipo de influencia en su salud física. Sin embargo, de los 69 pacientes que identificaron una o más conductas violentas durante la atención de salud, el mayor porcentaje (52,2%), señala presentar alguna influencia en su salud menta, que se presentan en la tabla Nº 16. El mayor porcentaje de los que identificaron influencia mental refirieron que ésta fue leve (27,5).

En el análisis porcentual comparativo entre los servicios clínicos y la influencia en la salud mental de las conductas violentas en los pacientes, no se observó diferencias estadísticamente significativas.

Tabla Nº 17. Manifestaciones emocionales de los pacientes frente a las conductas violentas percibidas, en los servicios de cirugía y medicina de un Hospital Público.

Manifestaciones emocionales frente a las conductas violentas	Pacientes Medicina		Pacientes Cirugía		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	P
Molestia (Enojo / Rabia / Impotencia)	11	44,0	17	38,6	28	40,6	0,500
Tristeza (Pena)	7	28,0	17	38,6	24	34,8	0,180
Ninguna	7	28,0	10	22,7	17	24,6	0,322

Los totales y porcentajes fueron calculados con un n = 25 para medicina y un n = 44 para cirugía.

Del total de pacientes que percibió violencia (69), el mayor porcentaje manifestó presentar molestia del tipo enojo/rabia/impotencia frente a las conductas violentas percibidas durante la hospitalización. No se logró establecer diferencias estadísticamente significativas, entre los servicios clínicos de hospitalización y las manifestaciones emocionales presentadas.

A pesar que la gran mayoría de los entrevistados que percibió violencia reconoce haber presentado alguna manifestación emocional, ya sea de molestia o tristeza, el mayor porcentaje de ellos, afronta de manera pasiva la situación, sin hacer nada, aunque el hecho no le fuera indiferente, lo que refuerza la actitud pasiva de los pacientes durante la atención.

Tabla Nº 18. Sugerencias de los pacientes para que las conductas de violencia percibidas no se repitan en los servicios de cirugía y medicina de un Hospital Público.

Sugerencias de los pacientes frente a conductas violentas		Pacientes medicina		Pacientes Cirugía		Total		
		N°	%	N°	%	N°	%	p
Personal 44.9%	Mejorar la actitud	8	32.0	14	31.8	22	31.9	0.500
	Mejorar los cuidados entregados	4	16.0	5	11.4	9	13.0	0.276
Institución 47.8%	Aumentar los recursos	5	20.0	15	34.1	20	28.9	0.111
	Mejorar la organización	6	24.0	7	15.9	13	18.8	0.208
Pacientes		2	8.0	3	6.8	5	7.2	0.439

Los totales y porcentajes fueron calculados con un n = 25 para medicina y un n = 44 para cirugía.

Las sugerencias mencionadas por los pacientes entrevistados, aludían directamente a tres grandes puntos referentes: al personal, al establecimiento de salud como institución y aspectos dependientes de los propios pacientes receptores de la atención. No existen diferencias porcentuales estadísticamente significativas por servicio clínico en este análisis.

Sobre las sugerencias referentes al personal, los pacientes citaron dos aspectos considerados fundamentales para que las conductas violentas no se repitan:

- Mejorar la actitud de los funcionarios durante la atención (31,9%), los pacientes propusieron la necesidad de otorgar prestaciones basadas en el respeto, mas humanitaria y con mas vocación de parte de los funcionarios. Por lo tanto, proponían la realización de talleres sobre la humanización en la atención y escoger personal con vocación para este tipo de trabajo, es decir, los pacientes asignan importante un adecuado proceso de selección del personal que trabaja en los servicios clínicos.

- Las propuestas en el área del quehacer, apuntaban principalmente a mejorar la información y mas atención a los pacientes, especialmente a los adultos mayores, los que según reconocen los pacientes son más dependientes y por lo tanto requieren cuidados y un trato especiales.

Respecto al hospital como institución, los usuarios hicieron referencia a la organización de las prestaciones, las sugerencias señalaban la falta de recursos humanos, fundamentalmente personal para la atención de aseo y confort de los pacientes más dependientes, y en segundo lugar la organización de la institución en cuanto a agilizar los trámites de ingreso al servicio de hospitalización (tiempo de espera para la intervención, falta de camas para el ingreso a los servicios).

Sobre las sugerencias referentes a los pacientes, los mismos usuarios reconocían que existen pacientes cuyo comportamiento y trato hacia el personal no es el adecuado, por lo que plantean la necesidad de orientar a las personas que ingresan a los servicios clínicos, en el tema de los horarios de visita, nombre de las personas a cargo de su cuidado, entre otros.

Se quiso conocer cual era la evaluación que realizaban el total de los pacientes entrevistados, que conformaron la muestra (174), sobre la atención recibida durante la hospitalización (Ver Tabla Nº 19).

Tabla Nº 19. Evaluación de la atención recibida por los pacientes durante la hospitalización en los servicios de cirugía y medicina de un Hospital Público.

Evaluación de la atención	Pacientes Medicina		Pacientes Cirugía		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	p
Siempre bien atendido	57	81,4	80	76,9	137	78,7	0,264
Generalmente bien atendido	8	11,4	16	15,4	24	13,8	0,224
A veces bien atendido	5	7,1	8	7,7	13	7,5	0,087

Fueron considerados el total de la muestra n = 174 pacientes, 70 para medicina y 104 para cirugía.

El mayor porcentaje de pacientes del total de la muestra (78,7%), considera que siempre fue bien atendido durante la atención de salud. En el análisis porcentual comparativo no se presentan diferencias estadísticamente significativas entre los servicios clínicos de procedencia de los pacientes.

Existe en estos resultados una clara contradicción, ya que solamente un 21,3% de los pacientes no evalúo en forma óptima la atención en salud (generalmente y a veces bien), y el porcentaje que percibió violencia fue mucho mayor (37,9%). Esta situación puede estar asociada, a que los pacientes en el momento del alta hospitalaria consideran la atención en general estimando su recuperación y egreso hospitalario como un éxito, pasando a un segundo plano cualquier evento desagradable experimentado durante la atención, como lo serían las conductas violentas, por otro lado las personas tienden a dar respuesta que sean socialmente aceptadas, y por otro lado se puede interpretar como una evidencia más del temor de

enjuiciar la atención de salud, la que se manifiesta en especial, como ya se ha dicho en los sistemas públicos de salud.

Una vez obtenidos estos resultados, se estimó necesario conocer cuales de las variables consideradas en el estudio, presentaban una asociación estadística altamente significativa con la variable dependiente, percepción de violencia, para este análisis Fue empleado la regresión logística, utilizando el programa computacional SAS.

9.- REGRESIÓN LOGISTICA

Para realizar el análisis de regresión logística la variable dependiente en estudio, percepción de conductas violentas (percdvio), fue dicotomizada en los valores 0 y 1. El valor 0 representa la ausencia de percepción de conductas violentas del paciente en la atención que recibe durante la hospitalización, y el valor 1 representa la presencia de percepción de conductas violentas.

Relación entre la variable dependiente y las variables independientes

Una vez obtenida la dicotomización de la variable dependiente (percdvio), se procedió a establecer la relación estadística con cada una de la variables independientes consideradas en este estudio, de lo que se obtuvieron las siguientes variables significativas (Ver Tabla Nº 20;

- Edad
- Nivel Educacional
- Situación Laboral Actual
- Evaluación de la atención de salud

El resto de las variables no obtuvieron una asociación significativa con la percepción de violencia durante la hospitalización. Variables presentadas por chapell y Di Martino y consideradas en el modelo aplicado al contexto hospitalario como el sexo, las experiencias de maltrato previo, hospitalizaciones previas, número de días ingresado, y de las que se esperaba, según los tesistas, obtener alguna asociación importante con la variable dependiente, no se obtuvieron.

Tabla Nº 20. Relación estadística entre la variable percepción de conductas violentas durante la hospitalización y variables significativas.

Variables Significativas		Percepción de conductas violentas durante la hospitalización					
		No Perciben		Perciben		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Edad	Adulto Joven	19	18,1	27	39,1	46	26,4
	Adulto Mediano	21	20,0	18	26,1	39	22,4
	Adulto Maduro	35	33,3	18	26,1	53	30,0
	Adulto mayor	30	28,6	6	8,7	36	20,7
Chi-cuadro de Pearson = 16,3				p< 0,001			
Nivel Educacional	Estudios Básicos	74	70,5	19	27,5	93	53,4
	Estudios Medios	25	23,8	34	49,3	59	33,9
	Estudios Superiores	6	5,7	16	23,2	22	12,6
Chi-cuadro de Pearson = 32,383				p< 0,000			
Situación Laboral Actual	Cesante	12	11,4	12	17,4	24	13,8
	Trabajador activo	30	28,6	25	36,2	55	31,6
	Jubilado	23	21,9	6	8,7	29	16,7
	Labores de casa	36	34,3	17	24,6	53	30,5
	Estudiantes	4	3,8	9	13,0	13	7,5
Chi-cuadro de Pearson = 12,230				p< 0,016			
Evaluación De la Atención de Salud	Siempre bien	98	93,3	39	56,5	137	78,7
	Generalmente bien	6	5,7	18	26,1	24	13,8
	A veces bien	1	1,0	12	17,4	13	7,5
Chi-cuadro de Pearson = 34,756				p< 0,000			

Obtención del Modelo Nulo

Una vez obtenida la dicotomización de la variable dependiente mediante el uso de un dummy (0,1), fue posible obtener el modelo nulo. Este modelo se considera un modelo inicial, porque no incluye ninguna variable independiente, su función es entregar la variabilidad máxima que presenta la variable dependiente en el estudio, la que para este caso presentó el siguiente resultado

-2 Log = 233.71 (Varianza modelo nulo)

Modelización de variables: Regresión Univariada

En el presente estudio, fueron encontradas finalmente cuatro variables significativas o predoctoras en la percepción de conductas violentas de los pacientes durante la hospitalización;

- Evaluación de la atención de salud (evalat)
- Nivel Educacional (Educ)
- Edad (edad)
- Situación laboral actual (laboral)

Tabla Nº 21. Regresión logística univariada de la percepción de conductas violentas del paciente durante la hospitalización con la variable predoctoras.

Variable Independiente	Coeficiente	Chi-cuadro	Grados de libertad	Valor p
Edad	-,0379	15,5127	1	<0,0001
Deviance = 216,5				
Educacion Media	1,6671	20,5024	1	0,0001
Educación Superior	2,3404	18,5489	1	0,0001
Deviance = 200,4				
Trabajador Activo	-0,1823	0,1385	1	0,7098
Jubilado/ Pensionado	-1,3437	4,7918	1	0,0286
Labores de casa	-0,7503	2,2228	1	0,1360
Estudiantes	0,8109	1,2460	1	0,2643
Deviance = 221,2				
Siempre bien	-3,4063	10,3675	1	0,0013
Generalmente bien	-1,3863	1,4720	1	0,2250
Deviance = 197,7				

Al analizar la modelización univariada con la variable edad, es posible observar que está disminuye la variabilidad inicial de la variable dependiente en 17,2 puntos al presentar una Deviance 216,5 puntos. Además existe una relación inversa entre edad y la percepción de conductas violentas (-0,0379), esto es; a medida aumenta la edad de los pacientes, disminuye claramente la percepción de violencia durante la hospitalización, esta relación presenta una alta significancia estadística (p=< 0,0001).

Este análisis también fue realizado con la variable edad categorizada según grupos etéreos (adultos, joven, maduro y mayor), con el que se comprobó que la percepción de violencia disminuye casi al doble, conforme aumentan en edad os pacientes hospitalizados.

Entonces, los pacientes que se encontraban en el grupo del adulto joven, entre los 15 y 45 años, son quienes perciben más violencia que el resto, y los adultos mayores quienes perciben menos violencia durante la atención en salud. Esto puede ser interpretado de la siguiente manera: las persona jóvenes manejan más información respecto a la violencia y las diferentes formas de comportamientos que pueden ser catalogados como agresivos, por lo que es más fácil para este grupo etéreo, identificar las conductas violentas durante la atención, y por otro lado, según la experiencia de uno de los investigadores, las personas jóvenes se manifiestan más libremente que las persona de mayor edad, ya que estas últimas por su situación de mayor dependencia tienden a aceptar o no reconocer como violentas algunas conductas de sus propios cuidadores.

Un punto relacionado que es importante destacar, es el que las personas de menor edad identifican violencia en la atención de salud, especialmente dirigida a los pacientes más dependientes, entre los que destacan los adultos mayores.

La variable nivel educacional fue categorizada en tres grupos de estudios. La categoría emitida, y por tanto se encuentra en el intercepto, corresponde a todos aquellos pacientes que no tenían estudios o que solamente alcanzaron la educación básica. Este grupo fue comparado con los pacientes que recibieron educación media y educación superior (técnica o universitaria), obteniéndose una correlación positiva, aumenta proporcionalmente la percepción de conductas violentas durante la hospitalización, relación que presenta una alta significancia estadística.

Esto puede interpretarse de la siguiente manera: a medida que aumenta el nivel educacional las personas están al tanto de la violencia y sus diversas manifestaciones, y en le caso de los pacientes se debe contemplar además que están mas informados respecto a los derechos que como usuarios de los servicios de salud tienen. En cambio el paciente sin educación o con un nivel básico de instrucción no reconoce o no posee el capital lingüístico para dar a conocer su descontento y exigir el derecho a una mejor atención, como señala Pereira (2000). De este modo los usuarios con mayor instrucción serian capaces de catalogar una conducta como violenta o no.

La modelizacion de la situación laboral actual, demuestra que aquellos pacientes que se encontraban antes de ser hospitalizados trabajando activamente, en labores de casa o jubilados/pensionados perciben menos conductas violentas que aquellos que se encontraban cesantes (categoría omitida), sin embargo, solo en el caso de los pensionados/jubilados esta relación es significativa estadísticamente, efecto que estaría asociado directamente con la edad que presentan los pacientes.

La variable evaluación en la atención de salud muestra en el análisis univariado, que los pacientes que evalúan mejor la atención recibida durante la hospitalización (siempre bien) perciben menos violencia que aquellos que la evalúan menos positivamente, considerados en el intercepto (a veces bien). Esta variable merece un comentario importante, a juicio de los tesistas, ya que se puede estimar que la evaluación de la atención puede estar influenciada por la percepción de conductas

violenta, así el individuo víctima o testigo de violencia evaluaría eventualmente menos positivamente la atención recibida, pero también se puede considera que el individuo al momento de evaluar la atención considera todos los aspectos involucrados en ella tales como; diagnostica certero, tratamientos, exámenes realizados, alimentación, instalaciones físicas, trato recibido, entre otras , por lo que no necesariamente representa un juicio de valoración resultante de la percepción de violencia, sino también, una variable predictora de ella como esta siendo estimada en este análisis de regresión logística

De este modo la variable predictora individual que reduce más la variación de la variable dependiente, por lo tanto, la variable más importante en este estudio en "explicar" la variación de la percepción de conductas violentas, es la evaluación que el paciente hace de la atención de salud. Si se compara la desviación del modelo nulo (233,71) con la desviación del modelo que solo incluye a la variable evaluación de la atención (197,7), esta variable reduce en 36 puntos la variación total de la variable dependiente, reducción que tiene un valor Chi – cuadrado, altamente significativo.

Modelización de variables: Regresión multivariada.

Luego de realizar el análisis de variables independientes, y con el propósito de disminuir el posible traslapo de relación que pudieran presentar los predoctores y obtener la asociación de variables que mas óptimamente reduce la variabilidad de la percepción de conductas violentas, fue estudiado el comportamiento simultaneo de las cuatro variables asociadas. Se realizó entonces una modelización considerando primeramente dos y posteriormente tres variables, lo que corresponde a la modelizacion multidimensional de la variable dependiente (percepción de violencia).

Tabla Nº 22. Regresión Logística de dos variables previctorias de la percepción de conductas violentas del paciente durante la hospitalización.

Variable Independiente	Desvianace	Chi - cuadrado	Grados de libertad	Probabilidad
(evalat) + (edad)	182,6	51,1	5	0,0001
(evalat) + (educ)	**170,9**	**62,8**	**4**	**0,0001**
(evalat) + (labor)	181,2	52,5	6	0,0001

El modelo de dos variables que reduce mas la variación de la variable dependiente es la evaluación de la atención de salud y el nivel educacional (evalat + educ), con una desviance igual a 107,9. Si se compara este modelo con el que incluye solo a la evaluación, se puede deducir que el nivel educacional reduce independientemente 26,8 puntos de la desviance, lo que representa un valor Chi – cuadrado con una alta significación estadística.

En la modelizacion de dos variables, las variables evaluación de la atención y el nivel educacional son las que mas logran reducir la variable dependiente, de 233,71 a 170,9 puntos, con un valor Chi – cuadrado altamente significativo. Por lo tanto, puede concluirse que la variable evaluación que el paciente hace de la atención de salud recibida durante la hospitalización, debe agregarse la variable nivel educacional, puesto que esta variable contribuye de modo significativa a explicar la violencia percibida durante la atención.

A continuación debe observarse si corresponde agregar una nueva Variable al modelo de dos variables antes descrito. Esta situación implica Construir todos los modelos de tres variables y comparar las contribuciones

De las nuevas variables agregadas al modelo.

Tabla Nº 23. Regresión logística de tres variables previctorias de la Percepción de conductas violentas del paciente durante la Hospitalización.

Variable Independiente	coeficiente	Chi-cuadrado	grados De libertad	probabilidad
(evalat)+(educ)+(edad)	166,5	67,2	5	0,0001
(evalat)+(educ)+(labor)	165,4	68,3	8	0,0001

Entre los modelos con tres variables, el que presenta mayor reducción en la variación de la variable dependiente, considerando que disminuye 13,4puntos por grado de libertad, es el que incluye: evaluación de la atención, Nivel educacional y edad. Aunque, el modelo que considera Evalat + educ + labor reduce a 165,4 la variabilidad de la variable dependiente, solamente disminuye 8,5 puntos por grado de libertad, por lo que no es considerado el modelo optimo. El modelo que presenta una deviance de 165,4 puntos, con una valor chi – cuadrado altamente significativo, con tres variables: evalat + educ + edad, es considerado como el modelo optimo en la investigación.

Tabla Nº 24. Regresión logística, modelo óptimo de tres variables en la percepción de conductas violentas del paciente durante la hospitalización.

Variables	coeficientes	Chi-cuadrado	probabilidad
Intercept	3.2437	6.5450	0.0105
Ev1	-3.8474	11.9454	0.0005
Ev2	-2.2960	3.5379	0.0600
Educ2	1.4663	11.0558	0.0009
Educ3	2.0179	10.7692	0.0010
Edad	-0.0242	4.3044	0.0380

Del modelo optimo final de este estudio, se puede deducir que

Las pacientes más jóvenes y que tienen mayor nivel educacional y no tienen una evaluación óptima de la atención en salud (a veces bien atendidas), son los que presentan mayor percepción de conductas violentas durante la hospitalización.

10.- CONCLUSIONES

En el estudio sobre la percepción de violencia de los pacientes Hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía, de un hospital público de la Región Metropolitana, se ha podido llegar a las siguientes conclusiones de acuerdo a los resultados obtenidos:

Los pacientes hospitalizados perciben violencia en la obtención que reciben durante la hospitalización en un 39,7% siendo este porcentaje en la realidad probablemente mayor, ya que algunos pacientes no quisieran reconocer violencia durante la atención por temor a represarías posteriores. Este hallazgo de percepción de violencia, en un medio cuyo objetivo es atender las necesidades de salud de las personas, debe llevar a una profunda reflexión de cómo se están realizando las prestaciones sanitarias.

No se presentaron diferencias porcentuales significativas entre la percepción de violencia y los servicios en estudio, por lo que es rechazada la hipótesis de trabajo propuesta H1.

Los usuarios entrevistados identifican conductas violentas con más frecuencia dirigida hacia otros pacientes (88,4%), tanto estas conductas como la dirigida. No fueron presentadas evidencias porcentuales significativas entre las intensidades de la violencia identificada hacia otros pacientes, por lo que fue rechazada la hipótesis de trabajo H2.

Las conductas violentas identificadas por los pacientes, corresponden a manifestaciones de violencia psicológica en la gran mayoría de los casos. Dentro de

ellas la “falta de atención” es la que con mas frecuencia es señalada por los usuarios (88,4%).

Un lato porcentaje de pacientes (50,7%), dice no identificar al agente agresor hospitalario. Lo que podría relacionarse con la poca claridad que tienen los pacientes de los estamentos que integran el equipo de salud, o por no comprometerse mayormente al ser mas especifico en la identificación del ejecutor de las conductas violentas.

Los resultados alcanzados en el análisis porcentual comparativo entre servicio clínico y agentes ejecutantes, se obtuvo asociación estadísticamente significativa solo aquel considerado en Ítem “otros” (p = 0,000), en los que se encuentran el personal administrativo, otros profesionales y alumnos, los que fueron identificados con mayor frecuencia en el servicio de medicina, por lo que es aceptada la hipótesis de trabajo H3.

Los pacientes identificaron que las conductas violentas se presentaban mayoritariamente cuando solicitaban atención (59,4%) y durante la administración de tratamientos y/o procedimientos (20,3%).

En el análisis porcentual comparativo entre los servicios y las situaciones en las que presentaron las conductas violentas, no se observan diferencias estadísticamente significativas, por lo tanto fue rechazada la hipótesis de trabajo H4.

Un alto porcentaje de pacientes (42,0%) identifica el horario de turnos de noche, como aquel en el que se presentaron con más frecuencia las conductas violentas. Este

horario coincide con el menor número de personal que se encuentra en los servicios clínicos, comparado con el turno diurno.

El factor predisponente del agresor para efectuar conductas violentas, que con mayor frecuencia fue identificado por los pacientes (52,2%), corresponde al estrés por sobrecarga de trabajo. Este resultado coincide con otras investigaciones, en las que se destaca que es estrés influye considerablemente en la aparición de conductas violentas en los contextos hospitalarios.

Un 52,2% de los pacientes señalaron que las conductas violentas percibidas influían en su salud mental, considerando en la mayoría de los casos como leve. Ninguno de los entrevistados identificaba alguna influencia en la salud física, a consecuencia de estas conductas.

De los pacientes que percibieron conductas violentas el mayor porcentaje (75,4%) identificaba algún tipo de manifestación emocional frente a estas conductas, entre las que destaca la “molestia”, representada por el enojo, rabia e impotencia. Sin embargo, el mayor porcentaje de pacientes (88,4%) frente a las conductas violentas, adoptaba una pasiva, en el menor de los casos se defendía verbalmente (7,2%), y por ultimo tan solo el 4,3% de ellos dialogaba para solucionar el conflicto. Esto evidencia el rol pasivo que todavía adoptan los pacientes.

Las sugerencias señaladas por los pacientes para que las conductas violentas no se repitan, principalmente apuntaban a la institución (47,8%), a través del aumento de los recursos y mejorar la organización, y por otro lado al personal (44,9%), orientado a mejorar la actitud frente al paciente y mejorar la atención a través del quehacer hospitalario otorgado.

La evaluación de la atención recibida durante la hospitalización, realizada por los pacientes que conformaron la muestra, en un 78,7% refirió haber sido siempre bien atendidos, el 24% generalmente bien atendido, y el 13% a veces bien atendido. Esto indica que algunos de los pacientes que percibieron conductas violentas de igual manera evalúan siempre positivamente la atención, aceptando estas conductas durante la hospitalización.

Las variables predictoras que lograron alta significación estadística con la percepción de violencia en este estudio, mediante la regresión multivariada, fueron; edad, nivel educacional, situación laboral actual y evaluación de la atención de salud. Mediante la regresión logística se pudo obtener el modelo óptimo que mejor explica la variabilidad de la variable dependiente, el que quedo conformado finalmente por las variables edad, nivel educacional y evaluación de la atención. Concluyendo que independiente del servicio clínico de procedencia, los pacientes mas jóvenes, con mayor nivel educacional y que no tienen una evaluación optima de la atención de salud son los que perciben violencia en el contexto intra - hospitalario.

En el afán del quehacer diario, el responder a las exigencias que cada momento implica la atención de numerosos pacientes en los diferentes servicios clínicos, ingresos, tratamientos, egresos, entre muchas otras actividades, de pronto no nos detenemos a pensar con mayor profundidad en los sentimientos, pensamientos y diversas percepciones que los pacientes tienen de la atención que le brinda el personal, y de la forma en que con ellos se relaciona.

11.- COMENTARIOS Y SUGERENCIAS

Frente a los resultados obtenidos en esta investigación, nos permitió comentar y sugerir algunos aspectos revelantes en los que habría que prestar atención:

Aunque los adultos mayores representaron el grupo etáreo que menos percibió violencia, si fueron identificados frecuentemente por los pacientes más jóvenes como victimas de conductas violentas. Este antecedente requiere ser considerado en los centros hospitalarios, en cuanto a tener personal específicamente preparado y capacitado para tratar de la mejor forma a este grupo, evaluada constantemente por los mismos usuarios.

A nivel del establecimiento de salud, implementar medidas orientadas a la disminución del estrés por sobre carga de trabajo del personal de salud, reconocido como el principal factor predisponente a la violencia, a través del aumento de los funcionarios, especialmente durante los turnos nocturnos. Además, de ejecutar programas destinados a promover en los funcionarios los derechos y deberes de los pacientes, enfatizando en la relación de ayuda efectiva que se debe establecer con lo usuarios.

Incorporar políticas de selección del personal que trabaja en la atención directa de pacientes, por ejemplo a través del establecimiento del perfil funcionario para cada cargo.

Es necesario a la luz de los hallazgos encontrados, continuar los estudios desde las diversas disciplinas en la temática de la violencia que perciben los pacientes en los contextos de salud, tanto intra como extra hospitalarios.

Las futuras investigaciones en esta línea deben cautelar el momento en el que serán recogidos los datos, porque si bien es cierto para este estudio el alta hospitalaria fue considerado como el momento adecuado, por cuanto los pacientes se desligaban del servicio hospitalario, el hecho de tener que volver a controles posteriores y la posibilidad de un eventual reingreso al servicio clínico, no liberaba totalmente a los pacientes a manifestar sus percepciones sin temor.

Este trabajo, se propuso dar una luz de alerta frente un fenómeno que se ha propagado incluso a los contextos de salud, como es la violencia, especialmente en el área intra – hospitalario, su identificación por el paciente, que representa el principal sujeto de atención en este contexto, debe llamar a la profunda reflexión colectiva e individual del equipo de salud y sus integrantes. Este análisis debe contemplar la forma como nos acercamos y presentamos al paciente, los gestos, tono de voz, uso de palabras claras basadas en un dialogo respetuoso y empatito, nunca olvidar que el que esta al otro lado es un ser humano como cualquier otro, que merece un trato digno.

12. - CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	**SEPT**	**OCT.**	**NOV.**	**DIC.**	**ENE.**	**FEB.**	**MAR.**	**ABR.**	**MAY.**
Inscrip. Tesis y entre. Pre y proyecto tesis.	**X**		**X**						**X**
Reunión Prof. Guía.	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**
Reunión prof. Metod.		**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**
Revisión bibliógrafa.	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**
Reunión director de centro salud.		**X**	**X**						
Trabajo en terreno			**X**	**X**			**X**	**X**	

13.- BIBLIOGRAFIA:

- Allport, Gordón. La personalidad, su configuración y desarrollo, Herdes, 1967, Pág.128.
- Arancibia C. Violeta, Herrera P. Paulina, Strassers S. katherine. Manual de psicología educacional. Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile 1997. Pág.151.

- Consejo Internacional de Enfermería (1999). La violencia. Epidemia mundial. Página informativa del CIE. Extraído el 11 septiembre, 2000, disponible en: http:/w.w.w.inc.ch/matters violencesp.htm.
- Diccionario: La Psicología General y Aplicada, Tomo II. Editorial Claridad, Dr. L.C. Béla Székely.
- .Diccionario de Sociología, Luciano Gallino, Editorial Siglo Veintiuno, Pág. 907.
- Diccionario de psicología Social y de la Personalidad, Editorial Paidós, 1992. Pág. 32.
- Echeverría, Rafael. El búho de minerva. Editorial Dolmen. 1993 Cáp. xv, Pág. 190.
- Goic, A (2000) Es hora de pensar en los derechos de los pacientes. Una introducción. Revista Médica de Chile, 128, 1371-1373.
- Hernández Sampieri, Roberto. Metodología de la investigación social. Edit. Panamericana e impresos S.A. Colombia
- Iceta, M (1996) Bioética ¿Para que? Revista bioética y ciencias de la salud, 2 (2), 39-34.
- Informe mundial sobre la violencia y la salud, 56ª Asamblea mundial de la salud, Ginebra, 2003.
- Jiménez, P (2002) Cuidados de la autoestima del paciente hospitalizado. Revista sociedad de enfermería geriátrica y gerontóloga, 2, 71-78.
- Jolivet. Régis. Las Doctrinas Existencialistas. Editorial Gredos. Cuarta Edición. 1970. Segunda Parte, Capitulo II. Pág. 102-181, 327.

- Kigma, M (1999). El incremento de la violencia en el lugar de trabajo. http:/w.w.w.ch/prviolence99sp.htm.
- Lavanderos, R. Yrider, S. Estudio Diagnostico: Nivel de desarrollo grupal en equipos de salud en consultorios de atención primaria dependientes del S.S.M.S. Tesis para optar al titulo de psicólogo, Universidad Diego Portales. Santiago, 1993.
- Martínez, A (1997). El profesional de enfermería en su entorno de trabajo. Humanización de la asistencia. En L. Pastor y F. León (comp.), Manual de ética y legislación en enfermería, Madrid: Mosby/ Doyma, pp. 171-176.
- Maslow, Abraham. El hombre Autorrealizado. Editorial Troquel. Barcelona. 1989. Pág. 14.

- Muchielli. Alex. Psicología de la Comunicación. Editorial Paidós, 1998, Capitulo 5. Pág.53.
- Papua, Jorge. Técnicas de Investigación aplicadas a las ciencias sociales. E. Fondo Cultura Económica.
- Robberechts, Ludovic. El pensamiento de Husserl. FCE, 1968. Capítulo V. Pág. 67-78.
- Rogers, Carl. El proceso de convertirse en persona. Editorial Paidos, 1981 Cáp.3 y 5, Pág. 105 y 179.
- Sánchez, R. (2002). Percepción de violencia que afecta a los profesionales de enfermería de un hospital público de la Octava región. Tesis para optar al grado de Magíster en Enfermería, Dpto. de Enfermería, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
- Vacarezza, R (2000) De los derechos del paciente. Revista Médica de Chile, 128, 1380-1384
- Valles S. Miguel. Técnicas Cualitativas de Investigación Social. Editorial Síntesis, Madrid España.

14.- ANEXOS

A.- DEFINICIÓN DE VARIABLES

B.- INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS

ANEXO A.- DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable Dependiente

- **Percepción de violencia**

Definición nominal: Es la interpretación que realiza el paciente de las acciones identificadas durante la hospitalización actual, dirigidas hacia él u otra persona, que provocan daños físico, psicológico y/o sexual.

Definición operacional: se categoriza en:

- Percibe conductas violentas
- No percibe conductas violentas.

Variables Independientes

- **Sexo**

Definición nominal: Diferencias anatómicas y funcionales que caracterizan al hombre de la mujer.

Definición operacional: - Mujer
- Hombre.

- **Edad**

Definición nominal: tiempo en años cumplidos desde el nacimiento del paciente hasta la aplicación del instrumento recolector de datos.

Definición operacional: clasificación en grupos etarios, según la siguiente categorización:

- Adulto Joven, desde los 15 a los 45 años
- Adulto Maduro, desde los 46 a los 64 años
- Adulto Mayor, desde los 65 y mas años.

- **Situación de pareja**

Definición nominal: condición de relación y convivencia estable del paciente con una persona del sexo opuesto.

Definición operacional:

- Con pareja: aquel paciente que posee una pareja estable
- Sin pareja: aquel paciente que no convive con una pareja estable.

- **Previsión de Salud**

Definición nominal: sistema de afiliación pública o privada para la atención en salud.

Definición operacional: se categoriza en:

- Fonasa:
  - Tramo A
  - Tramo B
  - Tramo C
  - Tramo D

- Otros Sistemas

- **Nivel Educacional**

Definición nominal: último nivel de educación formal aprobado por el paciente, según el Ministerio de Educación Chilena, hasta el momento de la aplicación del instrumento recolector de datos.

Definición operacional: se categoriza en:

- Sin estudios: Pacientes que no han cursado ningún año de educación formal.
- Estudios Básicos: Paciente que ha recibido instrucción formal básica completa o incompleta.
- Nivel Medio: Paciente que ha recibido instrucción formal media completa o incompleta.
- Nivel Técnico o Superior: Paciente que ha recibido instrucción formal técnica o superior completa o incompleta.

- **Situación laboral actual**

Definición nominal: Condición de trabajo en la que se encuentra el paciente hasta su ingreso al hospital.

Definición operacional: se categoriza en:

- Cesante
- Trabajador activo
- Pensionado
- Jubilado
- Dueña de casa
- Estudiante

- **Ingreso familiar mensual**

Definición nominal: Total de dinero en pesos que percibe el hogar del paciente mensualmente, aportados por todo el grupo familiar.

Definición operacional: Se categoriza en:

- Menos de 110.000 pesos mensuales
- Entre 111.000 y 250.000 pesos mensuales
- 251.000 y más pesos mensuales

- **Servicio de hospitalización actual**

Definición nominal: Dependencia física de estadía del paciente durante la hospitalización, en el que se otorgan cuidados y tratamientos específicos de acuerdo al diagnóstico de cada paciente.

Definición operacional: - Servicio de Medicina
- Servicio de Cirugía

- **Hospitalizaciones previas**

Definición nominal: Estadía hospitalaria anterior a la actual, en este u otro hospital.

Definición operacional:
- Sí ha estado hospitalizado anteriormente en este hospital.
- Sí ha estado hospitalizado antes en otro hospital.
- No ha estado hospitalizado anteriormente.

- **Hospitalizaciones previas en este hospital**

Definición nominal: Dependencia física de estadía hospitalaria anterior del paciente en el establecimiento de salud en el que se realiza el estudio, en el que se otorgan cuidados y tratamientos específicos de acuerdo al diagnóstico de cada paciente.

Definición operacional: - Servicio de Medicina
- Servicio de Cirugía
- En otro servicio.

- **Número de días hospitalización actual**

Definición nominal: Días que transcurren desde el ingreso del paciente al servicio clínico de hospitalización hasta el egreso de éste.

Definición operacional: Se categoriza en:

- 2 a 6 días
- 7 a 12 días
- 13 y más días

- **Tipo de tratamiento**

Definición nominal: Terapéutica de atención al problema de salud del paciente, recibida durante hospitalización actual.

Definición operacional:

- Quirúrgico: tratamiento que requiere la intervención del paciente en un pabellón de cirugía.
- Médico: todo aquel tipo de tratamiento que no requiere la intervención del paciente en un pabellón quirúrgico.

- **Ayuda requerida durante la hospitalización actual**

Definición nominal: Colaboración de otras personas requerida por el paciente durante su hospitalización, para realizar actividades de la vida diaria, tales como: levantarse, realizar acciones eliminación intestinal o vesical, de aseo personal y alimentación.

Definición operacional:

- Necesito ayuda
- No necesito ayuda.

- **Experiencia de maltrato previo**

Definición nominal: Cualquier tipo de agresión o violencia sufrida por el paciente durante su vida, previo a la hospitalización actual.

Definición operacional: se categoriza en:

- Sin experiencia de maltrato previo durante su vida
- Con experiencia de maltrato previo durante su vida.

- **Época de ocurrencia del maltrato previo**

  Definición nominal: Se refiere al período en el que se presentó el evento violento durante la vida del paciente.

  Definición operacional:

  - En Niñez
  - En Adultez.

- **Lugar de maltrato previo**

  Definición nominal: Se refiere al lugar físico en el que ocurrió el maltrato previo.

  Definición operacional: - Casa
  - Colegio
  - Trabajo.
  - Otro lugar

- **Tipo de maltrato previo**

  Definición nominal: Cualquier manifestación de agresión que provoque daño físico, psicológico y/o sexual al paciente.

  Definición operacional: se categoriza en:

  - Maltrato físico previo
  - Maltrato psicológico previo
  - Maltrato sexual previo
  - Violencia físico/psicológico.

- **Percepción de violencia durante hospitalización previa**

  Definición nominal: Cualquier tipo de agresión sufrida por el paciente durante la hospitalización anterior.

  Definición operacional: se categoriza en:

  - Si percibió

- No percibió
- No recuerda.

- **Tipo de conducta violenta percibida durante la hospitalización**

Definición nominal: Cualquier tipo de agresión percibida por el paciente, que lo afecte a él u otra persona durante la hospitalización actual.

Definición operacional: se categoriza en:

- Violencia física: golpes con la mano, atropellos, tirones, pellizcos, puntapiés.
- Violencia psicológica: frases amenazantes, dirigirse hacia alguien en un tono de voz violento, burlas, sarcasmos, apodos, descalificación, ridiculización, llamadas de atención en público, miradas amenazantes, falta de atención, negligencia, humillación, finalidad en el trato y discriminación.
- Violencia sexual: miradas insinuantes, piropos obscenos, exposición innecesaria de cuerpo, contactos físicos o roces innecesarios, violación.

- **Percepción de conductas violentas dirigidas hacia el paciente entrevistado**

Definición nominal: se refiere a la identificación de una o más conductas violentas en las que el paciente encuestado era víctima.

Definición operacional:

- Percibe conductas dirigidas hacia él
- No percibe conductas dirigidas hacia él.

- **Percepción de conductas violentas dirigidas hacia otros pacientes**

Definición nominal: se refiere a la identificación de una o más conductas violentas en las que el paciente entrevistado identifica como víctima a otros pacientes.

Definición operacional:

- Percibe conductas dirigidas hacia otros pacientes
- No percibe conductas hacia otros pacientes.

- **Intensidad de las conductas violentas dirigidas hacia el paciente hospitalizado entrevistado**

  Definición nominal: Gravedad asignada por el paciente a la(s) conducta(s) identificadas hacia él.

  Definición operacional: según la siguiente escala:

  - Sin gravedad= 0 puntos
  - Leve= puntaje 1 a 3
  - Moderada= puntaje 4 a 5
  - Grave= puntaje de 6 a 7.

- **Intensidad de las conductas violentas dirigidas hacia otros pacientes hospitalizados**

  Definición nominal: Gravedad asignada por el paciente a la(s) conducta(s) identificadas hacia sus pares.

  Definición operacional: según la siguiente escala:

  - Sin gravedad= 0 puntos
  - Leve= puntaje 1 a 3
  - Moderada= puntaje 4 a 5
  - Grave= puntaje de 6 a 7.

- **Agentes agresores identificados**

  Definición nominal: Persona que el paciente identifica como gestor de la conducta(s) violenta(s) hacia él o hacia otras personas durante la hospitalización.

  Definición operacional: se categoriza en:

  - Médico
  - Enfermera

- Técnico Paramédico
- Auxiliar de servicio
- Otros.

Factores predisponentes a conductas violentas del agresor

Definición nominal: Todos aquellos aspectos que determinan o influyen, en mayor o menor grado en el agresor, en la aparición de conductas violentas en la atención hospitalaria.

Definición operacional: se categoriza en:

- Estrés asociado a sobrecarga de trabajo
- Carácter de la personalidad
- Falta de recursos humanos y/o materiales
- Otras.

- **Situaciones en las que se presentan las conductas violentas**

Definición nominal: Circunstancia específica en la que el paciente identifica la conducta o manifestación de violencia.

Definición operacional: se categoriza en las siguientes situaciones:

- Durante la visita médica
- Durante la administración de tratamientos y/o procedimientos
- Cuando se solicita atención
- Otras consultas.

- **Horarios en que se presentan las conductas violentas**

Definición nominal: Horas del día en que se identifican las conductas violentas.

Definición operacional: se categoriza en:

- Horario de 08:00 a 12:00 A.M.
- Horario de 12:00 a 20:00 P.M.
- Horario de 20:00 a 08:00
- Ningún horario en especial.

- **Respuesta de afrontamientos a las conductas violentas**

  Definición nominal: Reacción del paciente frente a las conductas violentas identificadas durante la hospitalización.

  Definición operacional: se categoriza en:

  - Acepta pasivamente y no hace nada
  - Se defiende verbalmente
  - Negocia o dialoga para solucionar el conflicto
  - Otros.

Influencia en salud de las conductas violentas identificadas

Definición nominal: Consecuencias percibidas por el paciente en su salud física y/o mental frente a las conductas o manifestaciones de violencia identificadas.

Definición operacional: se categoriza en:

- Influencia física:
  - No influye
  - Influye poco
  - Influye medianamente
  - Influye mucho.

- Influencia psicológica:
  - No influye
  - Influye poco
  - Influye medianamente
  - Influye mucho.

- **Manifestaciones emocionales frente a las conductas violentas**

  Definición nominal: Sentimiento expresado por el paciente como respuesta frente a la percepción de conductas violentas durante la hospitalización.

  Definición operacional: se categoriza en:

- Molestia; rabia, enojo, impotencia.
- Tristeza; pena
- Ninguna.

- **Sugerencias de los pacientes frente a las conductas violentas**

  Definición nominal: Propuestas de los usuarios para que las conductas violentas percibidas no se repitan.

  Definición operacional: se categoriza en:

  - Personal: mejor actitud o disposición y mejorar los cuidados.
  - Institución: aumentar los recursos, mejorar la organización.
  - Pacientes: mejorar la actitud de los propios usuarios.

- **Evaluación de la atención de salud**

  Definición nominal: Apreciación general de los servicios sanitarios recibidos por el paciente, durante su estadía en el hospital.

  Definición operacional: se categoriza en:

  - Siempre bien atendido
  - Generalmente bien atendido
  - A veces bien atendidos
  - Nunca bien atendido.

ANEXO B : INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS

I. Parte

1. ¿Cuántos años tiene usted? _____ años.

2. Sexo _____ Mujer.
   _____ Hombre.

3. ¿Cuál es su previsión de salud?
   Fonasa _____Tramo A
   _____Tramo B
   _____Tramo C
   _____Tramo D

   Otro (especificar) _____

4. Respecto a los estudios que usted tiene: ¿Cuál es el último curso que aprobó?

   Completa – Incompleta (especificar nivel)

   Básica …… ……
   Media …….. ……
   Técnica …… ……
   Superior …… ……..
   Sin estudios ……

5. Usted vive actualmente:
   a.- ……. Con pareja
   b.- ……. Sin pareja

6. ¿Cuál es su situación laboral actual?
   a.- ……Cesante
   b.-……Trabajador activo
   c.- ……Jubilado

d.-……Otros (Dueña de casa, pensionado) especificar ……..

7. ¿Cuánto es el ingreso en dinero mensual en su hogar, aproximadamente? $ _____ pesos.

8. Recuerda usted haber recibido algún tipo de maltrato o agresión durante su infancia, juventud o edad adulta (familiar, colegio, trabajo, etc.)

a.- No
b.- Sí. Responda:

¿De qué tipo? (Físico, psicológico y/o sexual)	¿En qué época? (niño, adulto)	¿En qué lugar? (casa, colegio, trabajo, otro)

9. Nombre el servicio donde se encuentra hospitalizado:
a.- _____ Medicina Mujeres
b.- _____ Medicina Hombres
c.- _____ Cirugía Mujeres
d.- _____ Cirugía Hombres

10. ¿Cuántos días ha estado hospitalizado actualmente? …… días.

11. Durante su hospitalización actual, ha necesitado ayuda de otras personas para realizar actividades de la vida diaria, tales como levantarse, comer, aseo personal, realizar sus necesidades de eliminación intestinal y/o vesical, etc.

a. _____ No ha necesitado ayuda
b. _____ Necesitó ayuda para algunas cosas. (especificar cuales)
c. _____ Siempre necesitó ayuda.

11. ¿Ha estado usted hospitalizado anteriormente?

    a. _____ Sí, en este hospital. (especificar servicio)
    b. _____ Sí, en otro hospital.
    c. _____ No, nunca ha estado hospitalizado.
    d. _____ No recuerda.

12. Si usted estuvo hospitalizado anteriormente en este u otro hospital mencione: Si percibió violencia o algún tipo de agresión hacia los pacientes.

    a.- Sí ……Especificar tipo (física, psicológica y/o sexual)
    b.- No ……..

II. Parte

13. Durante su hospitalización actual usted ha percibido algún tipo de conducta violenta:

    a.- …… No
    b.- …… Sí

14. A continuación se mencionarán una serie de conductas, identifique todas aquellas que usted ha presenciado durante su hospitalización:

Conductas	**¿Ha presenciado?**		**¿Hacia quién?**		**¿De parte de quién?**
	Sí	**No**	**Hacia Ud.**	**Hacia otros**	
1. Amenazas de cualquier tipo					
2. Dirigirse hacia alguien en un tono de voz violento					
3. Golpes con la mano					
4. Burlas, sarcasmo, apodos					
5. Descalificación, ridiculización					
6. Llamado de atención en					

público					
7. Mirada insinuante					
8. Falta de atención, negligencia					
9. Atropellos, tirones					
10. Exposición innecesaria del cuerpo					
11. Humillación					
12. Frialdad en el trato					
13. Pellizcos, puntapiés, tirones de pelo					
14. Desautorización					
15. Piropos obscenos					
16. Contacto físico o roces innecesarios					
17. Otros ¿Cuáles?					

15.Respecto a esta(s) conducta(s) observada(s) por usted, mencione ¿qué tan intensa o grave la califica?

En un puntaje de 1 a 7 (donde 1 es mínimo y 7 es el máximo de gravedad o intensidad)

(Hacia su persona)

0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

(Hacia otros pacientes)

0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

16. Señale de la siguiente lista ¿Cuál es el principal motivo o razón que usted cree influyen o predispone a esta persona, para que presentara esa conducta?

1. _____ Estrés laboral, asociado a exceso de trabajo.
2. _____ Carácter de la personalidad.
3. _____ Limitaciones de recursos humanos.

4. _____ Limitación de recursos materials.
5. _____ Consumo de alcohol, drogas o ciertos medicamentos.
6. _____ Otros. ¿Cuáles? _____

17. ¿Cree que estas conductas por usted percibida durante la atención en el hospital, afectaron o influenciaron en algún grado su **salud física**? Si influyó, según el siguiente cuadro ¿podría evaluar cuánto le afectó o influyó en su salud física?

No influye	**Influye poco**	**Influye medianamente**	**Influye mucho**

18. ¿Cree que estas conductas por usted percibida durante la atención en el hospital, afectaron o influenciaron en algún grado su **salud mental**? Si influyó, según el siguiente cuadro ¿podría evaluar cuánto le afectó o influyó en su salud mental?

No influye	**Influye poco**	**Influye medianamente**	**Influye mucho**

19. Mencione los efectos físicos o emocionales que usted presenta cuando ha sido víctima o testigo de estas conductas durante su hospitalización.

Señale cuales son:

Manifestaciones físicas	Manifestaciones emocionales

20. ¿En qué horario del trabajo hospitalario percibe que se ejercen estas conductas, dirigidas hacia usted u otros pacientes? Marque la opción según corresponda con una cruz.

1. _____ Horario de 08 a 12 AM.
2. _____ Horario de 12 a 20 PM.
3. _____ Horario de 20 a 08
4. _____ Ninguna en especial
5. _____ No recuerda

21. Mencione en qué situaciones o en qué momentos se presentan estas conductas durante la hospitalización:

……. Durante la visita médica
……. Durante la visita de otro profesional (especificar)
……. Durante el horario de visita de familiares
……. Durante la administración de tratamientos del profesional de enfermería
……. Durante la administración de tratamientos del personal técnico paramédico
……. Durante la ejecución de procedimientos invasivos (curaciones, instalación de sondas, etc.)
……. Cuando solicita atención
……. Durante las entregas de turno
……. Otras situaciones (especificar)
…….

22. Cuando presencia o se da cuenta de estas conductas o acciones dirigidas hacia usted u otro paciente, ¿cómo reacciona?

a.- ……. Acepta pasivamente y no hace nada
b.- ……. Se defiende verbalmente
c.- ……. Utiliza la defensa física
d.- ……. Negocia o soluciona el conflicto
e.- ……. Informa a la jefatura correspondiente
f.- …….. Otros (especificar)
……
.

23. ¿Qué medida sugiere usted para que esas conductas no se repitan?

……
……
……

……
……
……..

24. Diga ¿cómo evalúa usted la atención que ha recibido durante la hospitalización?

a.- ……. Siempre ha sido bien atendido
b.- …… Generalmente es bien atendido
c.- …… A veces es bien atendido
d.- …… Nunca es bien atendido.