

Aplicación del modelo de violencia laboral de Chappell y Di Martino adaptado al usuario hospitalizado

RESUMEN

La violencia es un fenómeno que involucra a seres humanos en diversas circunstancias y entornos, afectando la salud, el desarrollo social y económico de sectores de la población y a instituciones sanitarias.

Investigación cuantitativa descriptiva correlacional transversal, cuyos objetivos fueron: validar los factores del modelo de Chappell y Di Martino en los usuarios hospitalizados, medir la violencia que estos perciben hacia ellos y construir una escala para medir violencia en el contexto hospitalario. La muestra no probabilística estuvo conformada por 510 usuarios hospitalizados durante el 2008, a quienes previo consentimiento informado se les aplicó el instrumento, que fue confeccionado y validado por las autoras. Entre los resultados se encontró que al aplicar la escala de percepción de violencia, el 100 % de los usuarios manifestaron percibir violencia en las diversas dimensiones. Las variables significativas en la percepción de violencia fueron: edad, sexo, previsión, situación laboral, ingreso familiar, calidad de atención, antecedentes de violencia en la adultez, consumo de alcohol, agente agresor, recursos humanos y físicos. Se concluye que el modelo interactivo de violencia laboral de Chappell y Di Martino tiene aplicación en los usuarios en ambientes hospitalarios, ya que las variables que componen los factores también se presentan en estos contextos de salud.

PALABRAS CLAVE

Derechos de los pacientes, violencia, -atención de salud, validación, enfermería. (Fuente: DeCS).

1 Doctora en Enfermería. Universidad de La Frontera, Temuco, Chile. sbarrios@ufro.cl

2 Doctora en Enfermería. Académica, Universidad de Concepción, Facultad de Medicina, Departamento de Enfermería, Concepción, Chile. tparavic@udec.cl

Application of the Chappell and Di Martino Model of Violence at Work to Hospitalized Users

ABSTRACT

Violence is a phenomenon that affects human beings in different circumstances and surroundings, influencing health, the social and economic development of population groups, and health-care institutions. Method: A descriptive, correlational, cross-sectional, quantitative study was done to validate the factors of the Chappell and Di Martino model in hospitalized users, to measure the violence they perceive as being directed towards them, and to construct a scale for measuring violence in the hospital context. It featured a non-probability sample comprised of 510 hospital users in 2008, who gave prior informed consent to application of the instrument, which was designed and validated by the authors. In terms of the results, application of the violence perception scale showed 100% of the users indicated having perceived violence in various dimensions. The significant variables in violence perception were age, gender, sensation, job situation, family income, quality of care, history of violence in adulthood, alcohol consumption, aggressor agent, and human and fiscal resources. It was concluded Chappell and Di Martino's interactive model of violence at work is applicable to users in hospital environments, since the variables that comprise the factors also are found in these health-care contexts.

KEY WORDS

Patient's rights, violence-health care, validation, nursing (Source: DeCS).

Aplicação do modelo de violência no trabalho de Chappell e Di Martino adaptado para o usuário hospitalizado

RESUMO

A violência, um fenômeno que envolve seres humanos em várias circunstâncias e ambientes, afeta a saúde, o desenvolvimento social e econômico de setores da população, e as instituições de saúde. Método: pesquisa quantitativa descritiva, transversal, correlacional, cujos objetivos foram: validar os fatores do modelo de Carvalho e Di Martino nos pacientes hospitalizados, medir a violência percebida contra eles e construir uma escala para medir a violência no hospital. A amostra não aleatória constou de 510 pacientes internados em 2008. Depois assinar o consentimento informado, se lhes aplicou o instrumento elaborado e validado pelas autoras. Os resultados mostraram que ao aplicar a escala de percepção da violência, 100% dos usuários percebem a violência expressa em várias dimensões. As variáveis

significativas na percepção da violência foram: idade, sexo, segurança social, situação de emprego, renda familiar, qualidade de atendimento, história de violência na fase adulta, consumo de álcool, agente agressor, recursos humanos e físicos. Concluímos que o modelo interativo de violência no trabalho de Chappell e Di Martino pode aplicar-se aos usuários em ambientes hospitalares, porque as variáveis que compõem os fatores também se acham nestes contextos de saúde.

PALAVRAS-CHAVE

Direitos dos doentes, violência, atendimento de saúde, validação, enfermagem. (Fonte: DeCS).

Introducción

La violencia se ha convertido en un problema para la salud pública debido a la magnitud que ha alcanzado en las últimas décadas. Millones de personas mueren cada año por causas atribuibles a este fenómeno, y la mortalidad representa solo la parte más visible, ya que por cada muerte violenta se producen cientos de lesiones de diversa gravedad (1). Por tanto, el estudio de la violencia interesa por su efecto deletéreo en las condiciones generales de salud y bienestar de la población (2).

De todos los cambios del estado de salud debidos a las variaciones de las condiciones del medioambiente que se produjeron a lo largo del siglo XX, uno de los más complejos y profundos ha sido el aumento de la violencia (3). Tanto desde el punto de vista individual, como desde la perspectiva de la salud pública, su carga ha experimentado un incremento espectacular, que afecta no solo el bienestar de los perjudicados, sino también a los servicios de la atención en salud que deben prestar cuidados y tratamientos.

El hospital, además de ofrecer atención sanitaria, se constituye en un sistema social complejo y delicado, en el cual la presencia de multiplicidad de personas con distintos roles, como profesionales, técnicos, pacientes, alumnos, familiares, entre otros, conforman una red interactiva que puede inducir a desarrollar o modificar actitudes (4) que pueden llevar a hechos violentos.

En dicha realidad, los pacientes receptores de los servicios sanitarios pueden ser violentados a través de variadas manifestaciones que vulneran sus derechos, los que muchas veces no son solamente ignorados por los dispensadores de la atención de salud, sino también por los mismos usuarios. Es una atención que ha priorizado la tecnificación y los conocimientos teóricos que, aunque son elementos importantes en la atención en salud, 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 más digno (5). En esta realidad, la enfermera y el equipo de salud tienen un papel trascendental en la promoción de los ambientes libres de violencia (6).

Diversos autores señalan que la violencia la constituyen incidentes en donde se abusa de las personas a través de amenazas y conductas ofensivas en diferentes circunstancias (7, 8). Di Martino *et al.* (9) la definen como una forma negativa de conducta en la relación entre dos o más personas, caracterizada por agresividad con daños en la seguridad, la salud y el bienestar de empleados en su lugar de trabajo.

Para efectos de esta investigación, el referente teórico es el modelo de violencia laboral de Chapell y Di Martino adaptado al usuario hospitalizado (10), que esquematiza los factores de riesgo que pueden desencadenar un episodio de algún tipo de violencia, ya sean estos factores individuales, sociales o ambientales, que se encuentran presentes en mayor o menor cantidad en una situación de violencia que provienen del agresor o victimario, de la víctima y del medioambiente en que se desarrollan las acciones.

A través de este modelo se puede observar el fenómeno de la violencia, comprender su naturaleza polifacética y el alcance global que genera en la sociedad, involucrando a las instituciones de salud, en donde hay interacción de diversos agentes (usuarios, equipo de salud, familia), factores individuales (biodemográficos, salud, personales) y laborales de riesgo (ambientales, institucionales, grupos de vulnerabilidad). La interacción de estos factores podría tener consecuencias en la víctima, y la institución de salud en la cual se encuentra hospitalizado el usuario puede influenciar diversas formas en el proceso de salud / enfermedad, así como presentar disminución en la calidad de la atención, un ambiente de estrés y una evaluación negativa por parte de los usuarios (ver anexo, figura 1).

Conocer la situación de violencia percibida por los pacientes en los diversos contextos de atención en salud, y abordar esta problemática constituye una necesidad en que la enfermera debe intervenir creando estrategias para evitar este fenómeno, implicando a todos los agentes que participan en las instituciones de salud (equipo de salud, usuarios, autoridades), en un esfuerzo coordinado de todos; asimismo, se debe apoyar y fomentar el desarrollo de hábitos saludables para todos los trabajadores, que incluya la creación de oportunidades para generar, mantener y reforzar cambios de comportamiento (11) que ayuden al trabajo con los usuarios. Además, realizar promoción de ambientes saludables y prevención de los factores relacionados con la violencia para promover su erradicación, ya que se ha ido perpetrando en la sociedad y en las instituciones de salud.

En este marco, esta investigación tiene como objetivos validar los factores del modelo de Chappell y Di Martino, describir la percepción de violencia de los usuarios hospitalizados en los servicios de cirugía y medicina de un hospital público de la Región de La Araucanía, y construir una escala para medir violencia en el contexto hospitalario.

Sujeto y método

Diseño cuantitativo, descriptivo correlacional transversal, cuya unidad de análisis fueron los usuarios hospitalizados de los servicios de medicina y cirugía. La muestra fue intencionada no probabilística (error de un 4,2 % y nivel de confianza de 95 %): 510 usuarios hospitalizados (88 del servicio de medicina y 422 de cirugía) de un hospital público de la Región de La Araucanía de Chile durante el 2008.

Los datos fueron recolectados con el instrumento Percepción de Violencia en Usuarios Hospitalizados (elaborado y validado por las autoras), que consta de cuatro partes: a) antecedentes generales y de salud; b) escala de percepción de violencia compuesta por los cuatro aspectos de violencia: psicológica, física, sexual e institucional; c) otros antecedentes; d) antecedentes personales de riesgo, cuyas características psicométricas se realizaron a través de los siguientes pasos: 1) análisis descriptivo de las respuestas obtenidas del total de la escala constituida por 48 ítems que dieron como resultados promedios de 1,01 a 4,25 como valores mínimos y máximos respectivamente, con una desviación estándar entre 0,125 y 1,435; 2) correlación interítems por cada dimensión, en donde se observaron los tipos de relaciones que se producían entre cada ítem; 3) análisis factorial exploratorio; 4) análisis de fiabilidad a través

del alfa de Cronbach (0,74) y en las dimensiones de violencia psicológica (0,77), violencia física (0,6578), violencia sexual (0,70) y violencia institucional (0,64); 5) eliminación de ítems posterior al análisis factorial; 6) la versión final del Instrumento da un alfa de Cronbach de 0,75, quedando constituida en cada dimensión: violencia psicológica (16 ítems, alfa: 0,78), violencia física (5 ítems, alfa: 0,68), violencia sexual (5 ítems, alfa: 0,73), violencia institucional (10 ítems, alfa: 0,64); 7) validez de criterio, que se realizó entre los valores finales de la escala de percepción de violencia de la Parte B del instrumento con la pregunta directa de si ha percibido violencia, resultando significativa en las dimensiones: psicológica ($p: 0,000$), física (0,038), sexual (0,050) y en la escala en su conjunto, sumando las cuatro dimensiones un valor $p: 0,008$.

El estudio consideró todos los aspectos éticos, solicitando la autorización en los comités de ética del Hospital y del Servicio de Salud; a los usuarios, previo a la recolección de los datos, se les aplicó un consentimiento informado, donde se les informaron los objetivos, los beneficios y que podían dejar de contestar el instrumento cuando ellos lo desearan.

Para el análisis de los datos se creó una base electrónica y luego se analizó en el programa SPSS.12. Se aplicó estadística descriptiva para determinar el perfil de la muestra, como distribución de frecuencias, media y desviación estándar; para establecer asociación de variables se utilizó χ^2 ; para el análisis inferencial se trabajó con las pruebas de t-student y Anova según el tipo de variable y para probar el modelo teórico se aplicó regresión logística. El nivel de significación utilizado en las pruebas estadísticas fue de un 5 %.

Resultados

Las variables que se encontraron con diferencia estadísticamente significativa respecto al servicio de hospitalización fueron: edad, sexo, localidad de residencia, previsión y escolaridad (ver anexo, tabla 1).

La enfermedad preexistente, el número de hospitalizaciones anteriores, la causa de hospitalización actual y la ayuda requerida fueron las variables que se encontraron con diferencia estadísticamente significativa respecto al servicio de hospitalización (ver anexo, tabla 2).

En un bajo porcentaje los usuarios identificaron a los agentes agresores; en el servicio de cirugía señalaron al médico, la enfermera, el técnico paramédico, el auxiliar de aseo y los estudiantes de medicina, mientras que en medicina dos usuarios señalan como agresor a la enfermera; sin embargo, estos valores no son estadísticamente significativos (ver anexo, tabla 3). Además, se consideraron otros agentes de salud en los que los usuarios no reconocieron violentadores: nutricionista, asistente social, alumnos de carreras de la salud (enfermería, nutrición, otras), familiares.

Entre las variables que resultaron significativas se encuentra el horario de percepción de violencia y las expectativas en la atención hospitalaria, siendo la variable de preocupación por el usuario la que tiene el mayor porcentaje (ver anexo, tabla 4).

En el caso de la relación de la percepción de violencia se encontraron diferencias significativas en las variables: 1) grupos etarios en la dimensión psicológica entre los grupos de adulto joven y adulto maduro (p: 0,046); en la dimensión física entre los adultos jóvenes-maduros

(p: 0,013), adultos jóvenes-mayores (p: 0,000) y adulto maduro-mayor (p: 0,023); en la dimensión sexual entre los adultos jóvenes-mayor (p: 0,026). 2) Previsión en todas las dimensiones, específicamente en la psicológica entre los cotizantes del Fondo Nacional de Salud (Fonasa)-sin previsión (p: 0,005) y cotizante Isapre-sin previsión (p: 0,042); en la dimensión física entre los cotizantes de Fonasa-sin previsión (p: 0,002) y cotizante Isapre-sin previsión (p: 0,048); y estado civil en la dimensión institucional (ver anexo, tabla 5).

Las variables que resultaron con diferencias fueron: 1) escolaridad en las dimensiones de violencia psicológica entre los grupos con estudios básicos-medios (p: 0,015) y estudios básicos-superiores (p: 0,033); dimensión física: sin estudios-estudios básicos (p: 0,002), sin estudios-estudios medios (p: 0,000), y sin estudios-estudios superiores (p: 0,000), e institucional entre estudios básicos-medios (p: 0,003). 2) Situación laboral, en la dimensión física, entre los grupos de trabajador activo-jubilado (p: 0,000) y jubilado-dueña de casa (p: 0,031), y en la dimensión sexual entre el trabajador activo-jubilado (p: 0,001) y jubilado-dueña de casa (p: 0,004). 3) Ingreso familiar en las dimensiones de violencia física entre los usuarios con ingresos bajos (menor a \$159.000) – medios (entre \$159.001 y \$300.000) (p: 0,004), e ingresos mayores (entre \$300.001 y \$600.000) (p: 0,025); dimensión sexual entre ingresos medios e ingresos mayores (p: 0,000) (ver anexo, tabla 6).

En cuanto a la percepción de violencia y los antecedentes de salud, solo se encontraron relaciones estadísticamente significativas en la variable de hospitalización anterior en la dimensión institucional, y en la variable de ayuda requerida por los usuarios durante su hospitalización en la dimensión de violencia sexual (ver anexo, tabla 7).

En relación con las agresiones percibidas por los usuarios hospitalizados durante la niñez, se observó relación significativa en la dimensión de violencia institucional (ver anexo, tabla 8).

Al relacionar el consumo de drogas lícitas e ilícitas, y la percepción de violencia de los usuarios, en el caso del alcohol, se observaron relaciones estadísticamente significativa en la dimensión de violencia psicológica, sexual e institucional; en el consumo de tabaco, en la dimensión de violencia física (ver anexo, tabla 9).

Al realizar la regresión múltiple, en las variables que resultaron significativas en los factores individuales de riesgo del Modelo de Chapell y Di Martino que influyen en la percepción de violencia en las diversas dimensiones, se encuentra que en la violencia psicológica están: edad, sexo, previsión de salud, situación laboral, ingreso familiar y la calidad en la atención; en la dimensión física resultaron significativas las variables anteriores más los antecedentes de violencia en la adultez, y en la violencia sexual, todas las variables anteriores más el consumo de alcohol.

En el caso de los factores laborales de riesgo, son importantes en todas las dimensiones el agente agresor, los recursos humanos y físicos. Además, en esta percepción de violencia influye la inexistencia de recursos humanos, físicos e infraestructura en la atención.

Discusión y conclusión

La violencia es un problema de salud pública porque afecta de manera grave la salud y el desarrollo social y económico

de amplios sectores de la población (12), amenaza el desarrollo de los pueblos, la calidad de vida, las condiciones de salud y el bienestar de la población (13). La violencia es un comportamiento no deseado, pero cualquier individuo puede ser víctima de esta en algún momento de su vida, la mayoría de las veces esta violencia es provocada a través de palabras o acciones (14), y es una forma de relación social que tiene implícito el ejercicio del poder (15). Un tipo de violencia es la hospitalaria, los pacientes receptores de los servicios sanitarios pueden ser violentados por variadas manifestaciones que vulneran sus derechos, que muchas veces no son solamente ignorados por los dispensadores de la atención de salud, sino también por los mismos usuarios (5).

Al aplicar la escala de percepción de violencia, el 100% de los usuarios manifestaron percibirla en las diversas dimensiones (psicológica, física, sexual e institucional).

Esta investigación encontró relaciones entre las dimensiones psicológica, física y sexual de la violencia y la variable edad, en donde el grupo de los adultos jóvenes percibió mayor violencia, razón que se debería a que este grupo etario, por su menor experiencia, es más sensible a situaciones nuevas como lo es la violencia, experiencia que seguramente no han vivido de la manera como lo han hecho los adultos mayores.

Respecto a la situación previsional, estudios realizados en servicios dependientes del sistema público muestran que los pacientes atendidos preferentemente pertenecen al Fondo Nacional de Salud (Fonasa) A y B (tramos de salud más deficitarios previsionalmente en donde están adscritas las personas con bajos ingresos

económicos). Dichos segmentos previsionales representan en La Araucanía al 87,2 %, lo que se explica por la alta marginalidad de la población regional (16). En esta investigación, los resultados muestran que los usuarios que pertenecen a Fonasa A y B percibieron mayor violencia que aquellos de los grupos Fonasa C y D y de otros sistemas previsionales, lo que plantea un desafío a los agentes encargados de la gestión de la salud en Chile, en el sentido de que la población más desprotegida de la sociedad en el ámbito previsional no tenga que sufrir violencia en las instituciones de salud. Al respecto, Fonasa (17) señala que los pacientes deben recibir atención de salud sin discriminación, ya sea en lo racial, religioso, político, económico, previsional, de tal manera que la atención no debe ser supeditada a alguna de esas condiciones.

En la Región de La Araucanía existe casi un tercio de población mapuche (29,5 %); en Chile los indígenas corresponden al 4,6 % de la población total, de estos el 87,3 % son mapuches y se ubican en primer lugar en la Región de La Araucanía (18). En relación con la variable etnia, se encontró que el 27,1 % de los usuarios eran mapuches, sin embargo, no resultó significativa con la percepción de violencia, a pesar de que en el contexto social está bastante arraigada la discriminación y falta de equidad hacia esta etnia (19).

Al relacionar la escolaridad con la percepción de violencia se encontró que los usuarios con enseñanza media son los que percibieron mayormente la violencia en sus cuatro dimensiones. Vizcarra *et al.* (20) señalan la relación entre el nivel educacional y la violencia, y encontraron que las mujeres con más alto nivel educacional tienen mayor conciencia de sus

La violencia es un problema de salud pública porque afecta de manera grave la salud y el desarrollo social y económico de amplios sectores de la población, amenaza el desarrollo de los pueblos, la calidad de vida, las condiciones de salud y el bienestar de la población.

El usuario hospitalizado se encuentra en un ambiente extraño, en el que no identifica los roles de los distintos miembros del equipo de salud.

derechos. Asimismo, los pacientes sin educación, o con un nivel básico de instrucción, no reconocen o no posee el capital lingüístico para dar a conocer su descontento y exigir el derecho a una mejor atención.

El número de hospitalizaciones previas a la actual señaladas por los usuarios indica que el 44,7 % ha estado internado en un establecimiento hospitalario, por lo que tendrían una vivencia previa respecto a ello, lo que significaría que pueden estar más acostumbrados a las actitudes violentas por parte del personal, no dándoles la importancia que estos hechos ameritan.

Por otro lado, diversos autores identifican al alcohol y al tabaco como un factor desencadenante de violencia (21, 22). Así, el uso del tabaco, el alcohol y otras drogas constituye un serio problema de salud a nivel mundial por sus nefastos efectos en todas las áreas de las personas y su entorno (23), incluidas las instituciones que conforman la sociedad (24, 25, 26). Al respecto, la ONU y la OMS caracterizan este fenómeno como una problemática que afecta negativamente a la humanidad en su conjunto y a los individuos consumidores en sus roles sociales, económicos y de salud (26, 27). Además, en los usuarios hospitalizados que consumen drogas lícitas e ilícitas, como el alcohol y el tabaco, al estar internados se produce un síndrome de privación ya que estos, por su estatus de pacientes, dejan de consumir estas sustancias, situación que los deja más vulnerables a percibir violencia o ser perpetradores de este fenómeno, por la irritabilidad, ansiedad, dolores musculares, temblores, insomnio, pesadillas, entre otros síntomas, que presentan.

El usuario hospitalizado se encuentra en un ambiente extraño, en el que no identifica los roles de los distintos miembros del equipo de salud, sumado a que en

estas instituciones hospitalarias se dan las relaciones jerárquicas, los pacientes fueron capaces de identificar solo en un bajo porcentaje al agente agresor; sin embargo, a la que señalaron como agente agresora en ambos servicios fue a la enfermera; profesional que debe otorgar el cuidado de los pacientes hospitalizados y debe liderar a los equipos de salud brindando una atención libre de violencia dado que, además, es la profesional que permanece las 24 horas con el usuario, brindándole atenciones, interactuando con él y su familia, por lo que le es más fácil a los pacientes identificarla.

Al respecto, Yela (25) refiere que la relación profesional sanitario-paciente es de poder; en un lado se encuentran el saber y el poder, y en el otro la ignorancia, el desarraigo y la dependencia. El paciente está en una situación de vulnerabilidad por el hecho de estar enfermo, especialmente el hospitalizado, porque además se alteran sus relaciones familiares, laborales, es desplazado de su territorio vital a otro desconocido y complejo, y pasa a tener un papel pasivo, dependiente de personas extrañas. Todo ello le va a producir cambios emocionales intensos que alteran su autoestima, y los sentimientos de pertenencia, seguridad e identidad, lo que puede ser la causa de la pérdida del sentido del control físico o psicológico. Por lo expuesto, y porque la relación profesional sanitario-paciente es asimétrica y jerárquica pueden convertir al paciente en víctima de actos considerados agresivos o violentos.

Uno de los factores que podría explicar que los funcionarios ejerzan violencia sería el estrés laboral. Diversos autores señalan que este es identificado como el motivo más frecuente para ejercer violencia, es así que los actos agresivos surgen con mayor facilidad en entornos sometidos a

estrés que se genera en parte porque los pacientes tienen necesidades insatisfechas que exigen ser solucionadas por los funcionarios de la salud, quienes no siempre pueden satisfacerlas (10, 28, 29, 30).

El sistema crea necesidades de servicios sanitarios colocando a los trabajadores en situaciones a veces imposibles, en donde la institución no proporciona los medios necesarios para la atención satisfactoria. El paciente ha pasado a ser un consumidor de servicios sanitarios, y la relación profesional-paciente se ha convertido en una relación entre proveedores de servicios y consumidores, generando insatisfacción en las dos partes (25).

Al realizar la regresión múltiple, las variables modeladas señalan que los usuarios que perciben mayor violencia son: jóvenes, mujeres, personas que pertenecen al Fondo Nacional de Salud (Fonasa), estado civil soltero o casado, que su situación laboral sea trabajador activo, con un ingreso familiar mínimo (menor a

\$159.000), con hospitalizaciones previas, que posea antecedentes de consumo de alcohol, y de violencia en la infancia y en la adultez.

Se concluye que los factores del modelo interactivo de violencia laboral de Chappell y Di Martino (10), adaptado a un modelo de violencia en usuarios hospitalizados, tiene aplicación en los ambientes hospitalarios, ya que los factores que componen este modelo también se presentan en estos contextos de salud, por lo que se valida su uso.

Asimismo, se valida el instrumento construido para medir la percepción de violencia, que cumple con las condiciones psicométricas para su aplicación.

De esta manera, como señalan Chappell y Di Martino (10), es importante que el problema de la violencia se repudie, se haga visible, se instale como cuestión pública y se discutan estrategias concretas de acción para atenderla, tales como el

fomento de una buena comunicación entre todos los actores comprometidos en la atención en salud, respetando la dignidad de los pacientes, promoviendo la equidad en la atención y dando a conocer los resultados de estas y otras investigaciones relacionadas con la temática de la violencia.

En este aspecto, la enfermera tiene las herramientas para intervenir creando estrategias a fin de evitar la violencia en el contexto de salud, implicando a todos los agentes que participan en las instituciones de salud (equipo de salud, usuarios, autoridades), ya que se requiere el esfuerzo coordinado de todos estos actores; asimismo, se debe apoyar y fomentar el desarrollo de hábitos saludables para todos los trabajadores, que incluyan la creación de oportunidades para generar, mantener y reforzar cambios de comportamiento que ayuden al trabajo con los usuarios. Además, se deben promover ambientes saludables y prevención de los factores relacionados con la violencia.

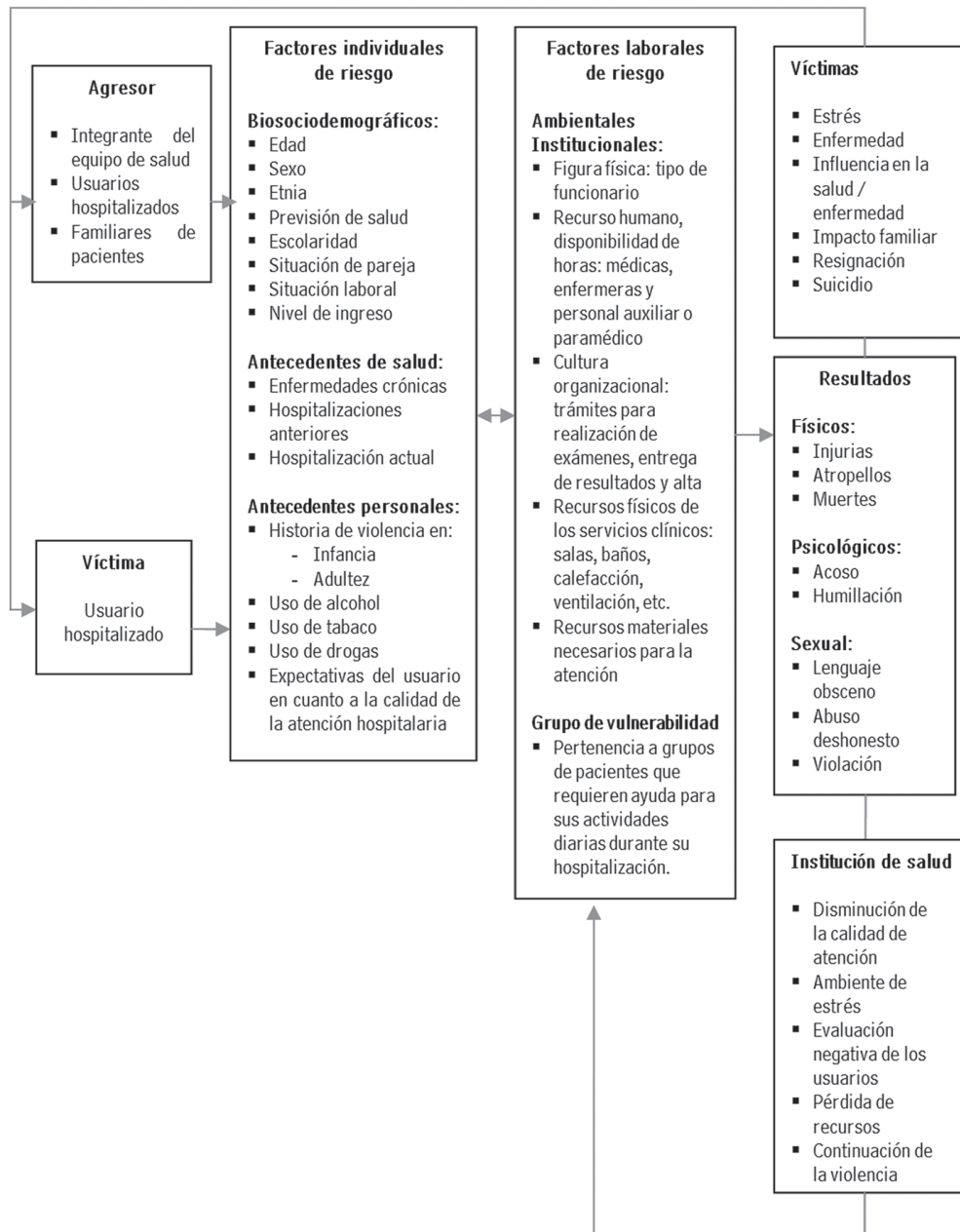
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gómez B, Ramírez V. XXI ¿Otro siglo violento? España: Editorial Díaz Santos; 2005.
- Filho A. la violencia y la salud pública. Revista Panamericana de salud Pública 2005; 5 (4/5): 219-21.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Report on Global Violence and Health. Geneva, Switzerland; 2002.
- Valenzuela S. Factores que influyen en la actitud de los estudiantes de enfermería hacia el cuidado de pacientes durante sus experiencias clínicas médico-quirúrgicas [Tesis Magíster]. Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
- Burgos M, Paravic T. Percepción de violencia de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un hospital público. Ciencia y Enfermería 2003; IX (2): 29-42.
- Paredes L, Paravic T. Percepción de violencia y factores asociados según usuarios de un consultorio y postas de salud. Concepción. Ciencia y Enfermería 2006; XII (1): 39-51.
- Di Martino V. Relationship between work stress and workplace violence in the health sector. Joint Programme on Workplace in the Health Sector. ILO/ICN/WHO/PSI. Geneva; 2003.
- Richards J. Management of workplace violence victims. Joint programme on workplace violence in the health sector. International Labour Office (ILO). International Council of Nurses (ICN). World Health

- Organisation (WHO) Public Services International (PSI). Geneva; 2003.
9. Di Martino V, Hoel H, Cooper C. Preventing violence and harassment in the workplace. The European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Ireland; 2003.
 10. Chappell D, Di Martino V. Violence at work. Geneva: International Labour Office; 1998.
 11. Barrios S, Paravic T. Promoción de la salud y un entorno laboral saludable. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006; 14 (1): 136-41.
 12. Concha-Eastman A, Villaveces A. Guías para el diseño, implementación y evaluación de sistemas de vigilancia epidemiológica de violencia y lesiones. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; 2001.
 13. Pellegrini A. La violencia y la salud pública. *Rev Panam Salud Pública* 1999; 5 (4/5): 219-21.
 14. Poblete M, Valenzuela S. Enfermeras en riesgo: violencia laboral con enfoque de género. *Index Enferm* 2005; 14 (51): 40-4.
 15. Reyes L. Enfermedad mental y violencia. Propuestas de Intervención en Enfermería. *Rev Cubana Enfermer* 2007; 23 (4): 14-8.
 16. Ministerio de Salud [Minsal]. Indicadores Básicos de Salud. Departamento de Estadísticas e Información en Salud. Gobierno de Chile; 2007.
 17. Fondo Nacional de Salud [Fonasa]. Beneficiarios tramos A y B. 2009. Disponible en: <http://www.fonasa.cl/> [Fecha de acceso: 5 de julio de 2009].
 18. Instituto Nacional de Estadísticas. Compendio estadístico. Subdepartamento de Estadística. Gobierno de Chile; 2008.
 19. Merino M, Pilleux M, Millamán R, Quilaqueo D. Perspectiva interpretativa del conflicto entre mapuches y no mapuches sobre la base del prejuicio y discriminación étnica. *Persona y sociedad* 2004; 18 (1): 111-28.
 20. Vizcarra B, Cortés J, Bustos L, Alarcón M, Muñoz. S. Maltrato Infantil en la ciudad de Temuco: un estudio de prevalencia y factores asociados. *Rev Méd Chile* 2001; 129: 1425-32.
 21. Fournier M, De los Ríos R, Orpinas P, Piquet-Carneiro L. Estudio multicéntrico sobre actitudes y normas culturales frente a la violencia (proyecto Activa): Metodología. *Panam Salud Pública* 1999; 5 (4/5): 222-31.
 22. Amarista F. La violencia. *Gac Méd Caracas* 2008; 116 (4): 273-80.
 23. González R, Rojas J, Barcena Y, Rojas R, Oviedo D. Consumo de sustancias en estudiantes de quinto año de medicina: evolución en tres lustros. *Revista Hospital Psiquiátrico de La Habana*. [revista en Internet]. 2005. Disponible en: http://www.psiquiaticohph.sld.cu/hph0205/hphsu_0205.htm [Fecha de acceso: 17 de noviembre de 2006].
 24. Whinter MC, Florenzano R. Correlatos psicosociales de la farmacología: resultados de un estudio en Santiago de Chile. *Rev Psiquiátrica* 1998; 15: 10-22.
 25. Yela C. La violencia en el sector sanitario. II Plan director en prevención de riesgos laborales de la comunidad de Madrid (2004-2007). Comisiones obreras de Madrid. Secretaría de Salud Laboral de Comisiones Obreras de Madrid; 2006.
 26. Organización Mundial de la Salud (OMS). Carta de Ottawa para la prevención de la Salud. Ottawa, Canadá; 1986.
 27. Rojo M, Villela S, Da Silva E. Concepción de los estudiantes de enfermería sobre promoción de la salud ante el uso de sustancias psicoactivas. *Revista Latinoamericana de Enfermagem* 2008; 16: 627-33.
 28. Sánchez R, Valenzuela S. Percepción de violencia que afecta a profesionales de enfermería de un hospital de la octava región [Tesis magíster]. Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
 29. Burgos M, Paravic T. Violencia hospitalaria en pacientes. *Ciencia y Enfermería* 2003; IX (1): 9-14.
 30. Hirigoyen M. El acoso moral en el trabajo: Distinguir lo verdadero de lo falso. Barcelona: Paidós Ibérica; 2001.

Anexo

Figura 1. Modelo interactivo de violencia laboral de Chapell y Di Martino, adaptado a un modelo interactivo de violencia en usuarios hospitalizados.



Fuente: Validación del modelo de violencia laboral de Chappell y Di Martino adaptado al usuario hospitalizado. Tesis para optar al grado de Doctor en Enfermería, Universidad de Concepción.

Tabla 1. Perfil biosociodemográfico de los usuarios de los servicios de cirugía y medicina

Variables biosociodemográficas - salud		Usuarios medicina		Usuarios cirugía		p
		n	%	n	%	
Edad rango: 15-86 sd: 18,3, Media: 51,9	Adulto joven	24	27,3	156	37,0	0,046
	Adulto maduro	30	34,1	156	37,0	
	Adulto mayor	34	38,6	110	26,1	
Sexo	Mujer	60	68,2	210	49,8	0,020
	Hombre	28	31,8	212	50,2	
Localidad de residencia	Temuco	44	50,0	152	36,0	0,021
	Padre Las Casas	4	4,5	28	6,6	
	Lautaro	0	0	30	7,1	
	Vilcun	2	2,3	20	4,7	
	Otras	38	43,2	192	45,5	
Previsión	FONASA	62	70,4	354	83,9	0,035
	Isapre	2	2,3	4	0,9	
	Sin previsión	24	27,3	64	15,2	
Etnia	Mapuche	20	22,7	118	28,0	0,477
	No mapuche	68	77,3	304	72,1	
Estado civil	Soltero	22	25,0	120	28,4	0,129
	Casado	42	47,7	232	55,0	
	Separado/Divorciado	4	4,5	18	4,3	
	Viudo	20	22,7	52	12,3	
Escolaridad rango: 0-20 sd,: 4,39 Media: 8,2	Sin escolaridad	0	0	32	7,6	0,003
	Básica	46	52,3	164	43,6	
	Media	30	34,1	156	37,0	
	Superior	12	13,6	50	11,8	
Situación laboral	Trabajador activo	22	25,0	134	31,8	0,102
	Cesante	6	6,8	44	10,4	
	Jubilado	18	20,5	86	20,4	
	Dueña de casa	40	45,5	134	31,8	
	Otro	2	2,3	24	5,7	
Ingreso familiar mensual (en pesos chilenos: \$), rango: \$0 - \$1.500.000 sd: 187.541.76; Media: 178.411.76	< a \$159.000	64	72,7	264	62,6	0,303
	\$159.001 - \$300.000	14	15,9	98	23,2	
	\$300.001 - \$600.000	10	11,4	60	14,2	
N° personas por hogar rango: 1-13; sd: 1,89; Media: 4,0	Entre 1 y 4	58	65,9	256	60,7	0,498
	Más de 5	30	34,1	166	39,3	
n servicio de cirugía: 422; n servicio de medicina: 88						

Fuente: Validación del modelo de violencia laboral de Chappell y Di Martino adaptado al usuario hospitalizado. Tesis doctoral. Universidad de Concepción, Chile.

Tabla 2. Perfil de salud de los usuarios de los servicios de cirugía y medicina

Variables salud		Usuarios medicina		Usuarios cirugía		p
		n	%	n	%	
Enfermedad preexistente	No presenta	24	27,3	158	37,4	0,003
	Pat. Sist. Endocrino	12	13,6	86	20,4	
	Pat. Sist. Cardiovascular	32	36,4	88	20,9	
	Otras	20	22,7	90	21,4	
N° hospitalizaciones anteriores rango: 0-10 sd: 1,68; Media: 1	0	40	45,5	240	56,9	0,002
	1	14	15,9	104	24,6	
	2 y más	32	36,3	78	18,4	
Causa hospitalizaciones anteriores	No presenta	42	47,7	240	56,9	0,311
	Pat. Sist. Digestivo	10	11,4	34	8,1	
	Otras	36	40,9	148	35,1	
Causa de hospitalización actual	Pat. Sist. Digestivo	12	13,6	184	43,6	0,000
	Pat. Sist. Cardiovascular	18	20,5	54	12,8	
	Pat. Sist. Tegumentario	6	6,8	54	12,8	
	Pat. Sist. Respiratorio	6	6,8	44	10,4	
	Otras	46	52,3	86	20,4	
No. días de hospitalización actual rango: 2-90 sd: 10,9; Media: 9	2 a 6 días	58	65,9	228	54,0	0,114
	7 a 12 días	16	18,2	112	26,5	
	13 y más días	14	15,9	82	19,4	
Ayuda requerida	No	32	36,4	204	48,3	0,046
	SÍ	56	63,6	218	51,7	
n servicio de cirugía: 422; n servicio de medicina: 88						

Fuente: Validación del modelo de violencia laboral de Chappell y Di Martino adaptado al usuario hospitalizado. Tesis doctoral. Universidad de Concepción, Chile.

Tabla 3. Frecuencia de respuestas positivas relacionadas con los agentes agresores de violencia de los servicios de cirugía y medicina

Agentes agresores	Usuarios medicina n: 88		Usuarios cirugía n: 422		p
	f	%	f	%	
Médico	0	0	10	2,4	0,223
Enfermera	2	2,3	6	1,4	0,632
Técnico paramédico	0	0	14	3,3	0,143
Auxiliar de aseo	0	0	4	0,9	0,468
Alumno de medicina	0	0	4	0,9	0,468

Fuente: Validación del modelo de violencia laboral de Chappell y Di Martino adaptado al usuario hospitalizado. Tesis doctoral. Universidad de Concepción, Chile.

Tabla 4. Frecuencia de razones, horario de percepción de violencia y expectativas en la atención hospitalaria de los usuarios.

		Usuarios medicina		Usuarios cirugía		p
		f	%	f	%	
Razones de Percepción de violencia	No percibe	80	90,9	364	86,2	0,147
	Por culpa del usuario	0	0	14	3,3	
	Por personal de edad	0	0	4	0,9	
	Falta de paciencia del personal	0	0	8	1,9	
	Sobrecarga de trabajo del personal	6	6,8	10	2,3	
	Discriminación hacia los usuarios de escasos recursos	0	0	4	0,9	
	Personal con problemas personales	2	2,3	14	3,3	
	Falta de comunicación con los usuarios	0	0	4	0,9	
Horario de percepción de violencia	No percibe	80	90,9	364	86,2	0,020
	Todo horario	0	0	24	5,7	
	08 a 12 horas	1	1,1	9	2,1	
	12 a 20 horas	5	5,7	5	1,2	
	20 a 08 horas	2	2,3	20	4,7	
Expectativas en la atención hospitalaria	Preocupación por el usuario	82	93,1	363	86,1	0,003
	Existencia de recursos físicos y materiales	0	0	36	8,5	
	Existencia de recursos humanos suficientes	6	6,8	23	5,5	

Fuente: Validación del modelo de violencia laboral de Chappell y Di Martino adaptado al usuario hospitalizado. Tesis doctoral. Universidad de Concepción, Chile.

Tabla 5. Percepción de violencia en sus diversas dimensiones según grupos etarios, previsión, etnia y estado civil.

Variable	Dimensión	p
Grupos etarios	Psicológica	0,050
	Física	0,000
	Sexual	0,026
	Institucional	0,786
Previsión	Psicológica	0,001
	Física	0,000
	Sexual	0,039
	Institucional	0,033
Etnia	Psicológica	0,125
	Física	0,395
	Sexual	0,720
	Institucional	0,094
Estado Civil	Psicológica	0,358
	Física	0,772
	Sexual	0,738
	Institucional	0,050

Valores obtenidos a través de la prueba de análisis de varianza (anova).

Fuente: Validación del modelo de violencia laboral de Chappell y Di Martino adaptado al usuario hospitalizado. Tesis doctoral. Universidad de Concepción, Chile.

Tabla 6. Percepción de violencia en sus diversas dimensiones según escolaridad, situación laboral e ingreso familiar de los usuarios hospitalizados.

Variable	Dimensión	p
Escolaridad	Psicológica	0,000
	Física	0,000
	Sexual	0,080
	Institucional	0,003
Situación laboral	Psicológica	0,178
	Física	0,001
	Sexual	0,001
	Institucional	0,360
Ingreso familiar	Psicológica	0,953
	Física	0,001
	Sexual	0,000
	Institucional	0,495

Valores obtenidos a través de la prueba de análisis de varianza (Anova)

Fuente: Validación del modelo de violencia laboral de Chappell y Di Martino adaptado al usuario hospitalizado. Tesis doctoral. Universidad de Concepción, Chile.

Tabla 7. Percepción de violencia en sus diversas dimensiones según la enfermedad preexistente, hospitalización en los últimos cinco años y ayuda requerida de los usuarios hospitalizados.

Variable	Dimensión	Existencia de variable	n	Media	Desviación típ.	p
Enfermedad preexistente	Psicológica	No	182	13,65	11,782	0,2941
		Sí	328	13,33	11,847	
	Física	No	182	14,78	16,669	0,3251
		Sí	328	16,37	17,888	
	Sexual	No	182	14,56	18,532	0,3201
		Sí	328	12,93	17,284	
	Institucional	No	182	26,04	10,343	0,1921
		Sí	328	24,86	9,573	
Hospitalización en los últimos cinco años	Psicológica	No	280	13,05	11,217	0,4031
		Sí	230	13,93	12,508	
	Física	No	280	15,93	17,399	0,8591
		Sí	230	15,65	17,577	
	Sexual	No	280	12,64	16,618	0,2302
		Sí	230	14,57	18,999	
	Institucional	No	280	27,14	9,830	0,0001
		Sí	230	23,01	9,434	
Ayuda requerida	Psicológica	No	236	13,39	11,189	0,9201
		Sí	274	13,49	12,346	
	Física	No	236	16,95	18,669	0,1701
		Sí	274	14,82	16,323	
	Sexual	No	236	15,64	20,343	0,0121
		Sí	274	11,68	14,939	
	Institucional	No	236	25,96	10,028	0,1461
		Sí	274	24,69	9,694	

Valores obtenidos a través de la prueba de t-student.

¹: Valor asumido sobre varianzas iguales; ²: Valor asumido sobre varianzas diferentes

Fuente: Validación del modelo de violencia laboral de Chappell y Di Martino adaptado al usuario hospitalizado. Tesis doctoral. Universidad de Concepción, Chile.

Tabla 8. Percepción de violencia de los usuarios según si la ha sufrido durante diferentes etapas de su vida.

Variable	Dimensión	Violencia	n	Media	Desviación típ.	p
Violencia en la infancia	Psicológica	No	378	13,69	12,427	0,3732
		Sí	132	12,74	9,853	
	Física	No	378	16,53	17,946	0,0912
		Sí	132	13,71	15,879	
	Sexual	No	378	13,76	18,250	0,5951
		Sí	132	12,80	16,231	
Institucional	No	378	25,82	9,956	0,0361	
	Sí	132	23,73	9,449		
Violencia en la adultez	Psicológica	No	412	13,53	12,064	0,7311
		Sí	98	13,07	10,745	
	Física	No	412	15,83	17,649	0,9551
		Sí	98	15,71	16,746	
	Sexual	No	412	12,96	17,494	0,1521
		Sí	98	15,82	18,649	
Institucional	No	412	25,56	9,804	0,1811	
	Sí	98	24,08	10,060		

Valores obtenidos a través de la prueba de t-student.

¹: Valor asumido sobre varianzas iguales; ²: Valor asumido sobre varianzas distintas

Fuente: Validación del modelo de violencia laboral de Chappell y Di Martino adaptado al usuario hospitalizado. Tesis doctoral. Universidad de Concepción, Chile.

Tabla 9. Percepción de violencia de los usuarios en sus diversas dimensiones según consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas.

Variable	Dimensión	Consumo de Drogas	n	Media	Desviación típ.	p
Consumo de alcohol	Psicológica	No	286	12,40	12,234	0,0241
		Sí	224	14,77	11,138	
	Física	No	286	16,26	18,030	0,5032
		Sí	224	15,22	16,733	
	Sexual	No	286	11,68	16,157	0,0102
		Sí	224	15,85	19,361	
Institucional	No	286	23,93	10,486	0,0001	
	Sí	224	27,00	8,725		
Consumo de tabaco	Psicológica	No	416	13,12	11,778	0,1881
		Sí	94	14,89	11,923	
	Física	No	416	16,44	18,092	0,0432
		Sí	94	12,98	14,091	
	Sexual	No	416	13,49	17,915	0,9481
		Sí	94	13,62	17,029	
Institucional	No	416	25,22	9,873	0,7621	
	Sí	94	25,56	9,854		
Consumo de drogas ilícitas	Psicológica	No	506	13,43	11,800	0,8121
		Sí	4	14,84	15,336	
	Física	No	506	15,83	17,517	0,7041
		Sí	4	12,50	8,660	
	Sexual	No	506	13,36	17,558	0,3152
		Sí	4	32,50	31,754	
Institucional	No	506	25,25	9,881	0,4051	
	Sí	4	29,38	6,495		

Valores obtenidos a través de la prueba de t-student.

¹: Valor asumido sobre varianzas iguales; ²: Valor asumido sobre varianzas distintas.

Fuente: Validación del modelo de violencia laboral de Chappell y Di Martino adaptado al usuario hospitalizado. Tesis doctoral. Universidad de Concepción, Chile.