



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**



**RASGOS DE VIOLENCIA FISICO PSICOSOCIAL EN
LA ATENCION A USUARIOS EN LA UNIDAD DE
EMERGENCIA ADULTO DEL HOSPITAL MILITAR
“DR. CARLOS ARVELO”**

Tutora: Lic. María del Valle Mata

Autor:

**Crespo Betzabeth
C.I 18.366.913
Escalona Lebairam
C.I 17.976.871
Valencia Airam
C.I 18.039.99**

Caracas, Abril del 2013.

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**

**RASGOS DE VIOLENCIA FISICO PSICOSOCIAL EN
LA ATENCION A USUARIOS EN LA UNIDAD DE
EMERGENCIA ADULTO DEL HOSPITAL MILITAR
“DR. CARLOS ARVELO”**

DEDICATORIA

Doy gracias primero que a nada a **Dios** por ayudarme a culminar mis estudios y poder lograr la meta propuesta y por darme la vida y fortaleza para terminar mi tesis.

Dedico este trabajo de investigación a mi **Abuela (Guillermina)** y **mi Tía (Nancy)** las cuales me dieron su apoyo incondicional en todos los momentos de mi vida y en cada uno de mis logros como hoy que me ayudaron para culminar mi carrera.

También se las dedico a mis **amigas (Airam y Lebairam)** que gracias a ellas amplíe mis conocimientos estuvieron a mi lado apoyándome en todo momento y compartimos unos hermosos momentos y una linda amistad que espero que dure muchos años más.

En especial le dedico este esfuerzo a mi **madre (Gisela)** que con su bondad, amor, esfuerzo y dedicación de su mano he ido creciendo en lo personal y espiritualmente ya que ella me inspiro a continuar contando siempre con su apoyo incondicional, su comprensión y optimismo sobretodo en los momentos que más los necesite te amo mami eres lo más bello de mi vida gracias por estar siempre allí, ser mi madre y mi mejor amiga.

A todas aquellas personas que de una forma u otra me ayudaron a culminar la meta anhelada y a todos los demás no mencionados... **Dios los bendiga!!!**

Crespo Betzabeth

DEDICATORIA

Aquí se piensa, se estudia, se lucha, se ama y se agradece a todos esos seres queridos que te han apoyado en cada momento, que has pasado durante esta profesión.

Primero que todo le quiero agradecer a **Dios** por darme salud, para poder lograr todo lo que he querido, por darme esa vida que me ha hecho crecer como persona y que permite dar siempre lo mejor de mí.

A mis consejeros y padres **Horacio Valencia** y **Reina Montero** por acompañarme y apoyarme en las decisiones tomadas durante todo el tiempo de mi carrera, por pagarme la universidad y por estar siempre hay cuando más lo necesite. También es importante nombrar a mis hermanas **Diana Valencia** y **Genesi Valencia** por estar cada día pendiente de mí.

También le dedico a esta tesis a mi **familia y amistades (Betzabeth y Lebairam)** por ayudarme en la realización de esta tesis, gracias por brindarme todo su apoyo incondicional.

A todas aquellas personas que de una forma u otra me ayudaron a culminar la meta anhelada y a todos los demás no mencionados... **Dios los bendiga!!!**

Airam S. Valencia M.

DEDICATORIA

“Un avance más en este camino que estoy emprendiendo, que decidí recorrer”.

Dios mi acompañante y fiel testigo del esfuerzo que día a día realizo para estar donde estoy, te doy las gracias por regalarme el tesoro de nacer y tener la familia que tengo, por guiarme, no permitirme caer, a ti mis amigo más sincero te dedico este momento.

A mi hermosa madre (**Kipsy**), por nunca dejarme sola a pesar de que no está en cuerpo presente, su amor me enseñó a crecer, su dedicación me permitió dar grandes pasos para llegar aquí, sus ganas constante de luchar, su seguridad permanecerán en mi ser, todos mis logros serán para ti; para que desde el cielo su alegría brille y se haga presente entre nosotros, gracias por darme la vida y dejarme grandes valores. TE AMO MAMI.

A mi linda abuela (**Zule**) mi amiga, mi compañera, este avance es gracias a ti, por ser mi base, por desvelarte estudiando conmigo, por tus sabios consejos y regaños, porque el ánimo que transmite día tras día me ayuda a ser mejor persona.

A mis amigas (**Airam y Betzabeth**) sus consejos y enseñanzas me permitieron avanzar mucho más.

Agradezco a Dios todos los días por tenerlos a mi lado, por ser base fundamental en mí vida, por su apoyo incondicional, que Dios los bendiga hoy y siempre.

Lebairam Escalona.

AGRADECIMIENTO

La satisfacción que produce el alcanzar una meta, no solo es el producto del esfuerzo propio, también es el reflejo de la colaboración, asesoría, orientación, apoyo incondicional de los profesores u organismos que de alguna manera contribuyeron para la realización de este trabajo de investigación, sin las cuales no se alcanza el objetivo propuesto. Es por esto mi eterno agradecimiento:

A Dios nuestro creador, por permitirnos cumplir con el compromiso hecho al principio de la carrera, la culminación de la misma.

A la *Universidad Central de Venezuela* por abrir sus puertas, y darnos la oportunidad de cursar estudios superior y muy especialmente a la *Licda. María del Valle Mata* por su orientación tutorial, por su incondicional, justa e invaluable ayuda prestada durante todo el proceso de investigación y elaboración del trabajo especial de grado, fue motivadora constante para despertar el espíritu de investigación y de aprendizaje. *¡Muchas Gracias!*

Al *Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo*, por abrir sus puertas y habernos prestado su colaboración que facilitaron la realización de este trabajo de investigación y a todas aquellas personas que de una manera u otra contribuyeron a la realización de este trabajo de investigación.

A Todos ellos mil gracias!!

*Autores: Crespo Betzabeth
Escalona Lebairam
Valencia Airam*

INDICE GENERAL

DEDICATORIAS.....	III IV V
AGRADECIMIENTO.....	VI
INDICE GENERAL.....	VII VII
LISTA DE CUADROS.....	IX
LISTA DE GRAFICOS.....	X
RESUMEN.....	XI

CAPITULO I EL PROBLEMA

Planteamiento del problema.....	3
Objetivo General.....	10
Objetivo de específico.....	10
Justificación.....	11

CAPITULO II MARCO TEORICO

Antecedentes.....	13
Bases Teóricas.....	16
Bases Legales.....	45
Sistema de Variables.....	48
Cuadro de Operacionalización.....	50

CAPITULO III MARCO METODOLOGICO

Tipo de Diseño	53
Diseño de la investigación	54
Población.....	55

Muestra.....	55
Métodos y técnicas de Recolección de Datos e Instrumento.....	56
Validez y Confiabilidad.....	57
Procedimiento para la Validación y Confiabilidad.....	58
Procedimiento para la recolección de Información.....	58
Plan de Tabulación y Análisis.....	59

CAPITULO IV PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Referencias Bibliográficas

Anexos

LISTA DE CUADROS

CUADROS	PÁGINAS
N°1 Rasgo de violencia físico psicosocial en la atención a usuarios.....	50
N°2 Frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas de los pacientes entrevistados en la unidad de emergencia adulto en relación al indicador de Daños Psicológicos.....	62
N°3 Frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas de los pacientes entrevistados en la unidad de emergencia adulto en relación al indicador de Daños Corporales...	65
N°4 Frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas de los pacientes entrevistados en la unidad de emergencia adulto en relación al indicador de Condición Social...	68
N°5 Frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas de los pacientes entrevistados en la unidad de emergencia adulto en relación a la Dimensión de Rasgos Psicológico, Físicos y Sociales.....	71

LISTA DE GRAFICOS

GRAFICOS	PÁGINAS
N°1 Frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas de los pacientes entrevistados en la unidad de emergencia adulto en relación al indicador de daños psicológicos.....	63
N°2 Frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas de los pacientes entrevistados en la unidad de emergencia adulto en relación al indicador de Daños Corporales...	66
N°3 Frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas de los pacientes entrevistados en la unidad de emergencia adulto en relación al indicador de Condición Social....	69
N°4 Frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas de los pacientes entrevistados en la unidad de emergencia adulto en relación a las dimensiones de Rasgos Psicológicos, Físicos y Sociales.....	72



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**



**RASGOS DE VIOLENCIA FISICO PSICOSOCIAL EN LA ATENCION A
USUARIOS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTO DEL HOSPITAL
MILITAR “DR. CARLOS ARVELO”**

**Autoras: Crespo Betzabeth
Escalona Lebairam
Valencia Airam**

RESUMEN

La presente investigación se centra en la información que deben conocer los pacientes y el equipo de salud en cuanto a la atención, violencia sobre sus derechos y la obligación del hospital de ser razonablemente eficientes y equitativos en la prestación de cuidados a otros usuarios y a la comunidad. La Violencia es un comportamiento deliberado, que provoca, o puede provocar, daños físicos o psíquicos a otros seres, y se asocia, aunque no necesariamente, con la agresión, ya que también puede ser psíquica o emocional, a través de amenazas u ofensas. El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo general: Determinar la presencia de rasgos de violencia durante la atención a usuarios en Unidad de Emergencia Adulto en el Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” 2013. Desde el punto de vista metodológico fue un diseño no experimental, tipo de campo y nivel descriptivo, transversal. Para recolectar la información se utilizó la encuesta, estructurado con 30 ítems de respuestas de selección simple. La población estuvo integrada por un total de 150 pacientes que asisten al área de emergencia, del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” y la muestra por 38 usuarios de la población objeto de estudio. La validación se determinó a través de expertos, por lo que se recomendó aplicar el instrumento a la población objeto del estudio. Los resultados se expresaron en cuadros, gráficos y análisis de los mismos. Se concluye que todos los pacientes tienen derecho a la salud, sin embargo no tienen pleno conocimiento al respecto, y que se ven violados en algunas ocasiones en el momento de la atención. Por lo que se recomienda al Equipo de Salud capacitarse de manera adecuada en cuanto a la atención de los usuarios en el área de emergencia y a la comunidad en la promoción de los derechos del paciente.

Descriptores: Pacientes, Unidad de Emergencia, Rasgos, Violencia, Físico, Psicológico, Social.

INTRODUCCIÓN

La relación equipo de salud paciente es el pilar sobre el que descansa el nivel de satisfacción de la atención brindada, con el fin de compensar las necesidades interferidas en los pacientes que asisten al área de emergencia de la unidad hospitalaria. La atención en salud está directamente relacionada con el cumplimiento de la terapia prescrita, continuidad y seguimiento del tratamiento, lo que redundará en la obtención del bienestar deseado para el paciente y calidad de la atención.

La violencia en el trabajo constituye un problema que es frecuentemente observado en hospitales, principalmente en los servicios de urgencias donde, los trabajadores del equipo de salud, de alguna manera produce actos violentos los cuales se están reproduciendo y perpetuando situaciones de agresividad que vienen perjudicando la asistencia prestada a los clientes y ocasionando enfermedades causadas por el trabajo. Varios factores pueden interferir en la violencia ocupacional tales como: aspectos individuales de los trabajadores (personalidad, formación); aspectos relacionados con el propio ambiente de trabajo (estrategia organizacional, recursos humanos y materiales, sistema de comunicación); además de aspectos relacionados con la población atendida y aspectos sociales.

Según la Organización Mundial de la Salud “la violencia es el uso intencional de la fuerza física o del poder real o por amenaza, contra la propia persona, contra otra persona, o contra un grupo o comunidad que puede causar, o tiene alta probabilidad de causar muerte, lesión, daño psicológico, alteraciones del desarrollo o privación”.

La violencia es clasificada como física “cuando ocurre el uso de fuerza física contra otra persona, que produce daños físicos, sexuales o psicológicos, bofetadas, agresiones con el uso de objetos o armas, puñaladas, tiros, empujones, apretones contra la pared, mordiscos, pellizcos, psicológica o moral cuando se produce

cualquier conducta abusiva como comportamientos, gestos, palabras, omisiones, silencio, presiones emocionales, actos repetidos que causan daño a la personalidad, a la dignidad psíquica o física, amenazando el empleo o degradando el ambiente de trabajo”.

La violencia ocupacional está constituida por incidentes en los cuales los trabajadores sufren abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluyendo el trayecto de ida y vuelta, que coloquen en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud.

El capítulo I está conformado por un planteamiento del problema que consiste en explicar detalladamente el papel fundamental que debe cumplir el equipo de salud, también podemos encontrar nuestras problemáticas expuestas y mediante estas podemos obtener el objetivo de estudio, que está constituido por el objetivo general, específico y justificación.

En el capítulo II está constituido por el Marco Teórico, los antecedentes de la investigación, donde se podrá tener una reseña histórica de la institución, antecedentes de estudios anteriores, bases teóricas, bases legales y sistemas de variables.

En el capítulo III se encontrara, el Marco Metodológico, el diseño de la investigación, el tipo de diseño, población, muestra, técnica de recolección de datos, validez, confiabilidad, procesamiento para la recolección de información, plan de tabulación y análisis. En el capítulo IV se podrá visualizar el análisis de los resultados, variables, los cuadros y gráficos de la encuesta realizada.

Por ultimo en el capítulo V se puede destacar las conclusiones y recomendaciones surgidas durante el desarrollo de la investigación.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

En los inicios del siglo XXI, nadie puede negar la complejidad de las relaciones interpersonales, menciona Marriner (2004) que la esencia de las relaciones interpersonales de acuerdo al modelo de Peplau “esta, organizado en forma de proceso, es la relación humana entre un persona que requiere atención del equipo de salud con competencia especialmente para reconocer y responder a la necesidad de ayuda” (p.21).

Es importante saber que el papel fundamental que debe cumplir el personal de salud es el del conocimiento del paciente, de sus aspectos biológicos, familiares, psicosociales y espirituales y el del acompañamiento, apoyo y soporte al paciente enfermo y a su familia, sin olvidar que está sufriendo física, moral y psicológicamente, por lo tanto, esperan un trato cordial, comprensivo, solidario y respetuoso, que lo hagan sentir que se encuentra entre amigos preocupados por su bienestar.

Es notorio referir que los centros hospitalarios son lugares donde se concentran el dolor, la angustia y la incertidumbre del ser humano afectado; es en este contexto en el que, el equipo de salud, deben desarrollar su actividad diaria, dirigida a crear entornos favorables a la salud. Por eso es importante destacar que en los hospitales, la violencia generalmente ha adquirido una enorme importancia en los últimos años, y en la actualidad es una preocupación prioritaria tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo, ya que incide en contextos laborales, grupos profesionales, y afecta la dignidad de las personas que asisten a la institución, es una fuente de desigualdad, y conflicto en el trabajo.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT- 2008); y el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) (2001) citado por Paravic y otros (2004) afirman que “la Violencia intrahospitalaria aparece como una amenaza grave, contra la eficiencia y el éxito de las organizaciones; causa perturbaciones inmediatas, y a largo plazo de las relaciones entre las personas, y de todo el entorno laboral” (p. 16)

Se reconoce también como expresión de violencia aquellas situaciones en las que existe una percepción de inadecuado servicios o de atención, donde no existe la satisfacción de necesidades del cliente, los servicios están muy lejos de parecer las expectativas del usuario, cuando se abusa o se recibe un trato injusto. Entre ellos, quienes presentan mayor incidencia son los trabajadores que se desempeñan en unidades de emergencia, hospitales psiquiátricos, unidades de ancianos, centros de rehabilitación de adictos, entre otras.

De acuerdo datos suministrados por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE)-(2009) un porcentaje importante de estos trabajadores lo compone el equipo de enfermería. Por esto ha abogado por el inicio y aplicación de una campaña contra la tolerancia de los actos violentos contra este colectivo. Donde las consecuencias

negativas de esa violencia generalizarse repercuten fuertemente en la prestación de los servicios de atención de salud, y pueden dar lugar a deterioro de la calidad de los cuidados dispensados y a decisiones de los trabajadores de abandonar las profesiones de atención de salud, que trae consecuencias sobre la demanda de los servicios ofertados como también la disminución de expectativas de desarrollo personal y profesional del cuidador. Esto, a su vez, puede ser causa de reducción de los servicios de salud disponibles para la población en general, y aumento en los costos de la salud.

Esta situación en la que los usuarios podrían considerarse víctimas potenciales de diferentes tipos de manifestaciones violentas, que van desde lo más sencillo que es el trato personalizado al no cumplir con las expectativas de la atención prestada, ya que los pacientes merecen atención por la vulnerabilidad que éstos presentan y las características de su condición, siendo necesario resaltar la importancia que reviste otorgar una buena atención de salud a los pacientes, por la violencia reconocida en todos los contextos sociales, incluidos en los servicios de salud y por las escasas investigaciones en este tema desde la perspectiva de los pacientes. Sin embargo es necesario que los usuarios conozcan sus derechos y que sean capaz de adoptar estilos de vida saludables y sean capaz de auto cuidarse, para ello es importante la instrucción permanente para poder lograrlo.

Siendo necesario referir que la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2007) en Asamblea Mundial declaró que:

La violencia en la atención del individuo es una prioridad de la salud pública e instó iniciar actividades para su prevención y para atender sus efectos y consecuencias, por lo que no se trata tan solo de un problema de relaciones interpersonales, sino de un asunto público, social, cultural y por ello es urgente y decisivo la necesidad de establecer políticas públicas de atención, con el fin de evitar la violencia intrahospitalaria.

El Programa Nacional de Salud 2007-2012 responde a los retos que enfrenta el Sistema Nacional de Salud poniendo en marcha mecanismos que fortalecerán las actividades de protección contra riesgos sanitarios, promoción de la salud y prevención de enfermedades; mejorarán la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes; permitirán ampliar la infraestructura y el equipamiento en salud; consolidarán el abastecimiento de medicamentos y otros insumos, e impulsarán el aseguramiento universal en salud. A través de ello se irá construyendo el camino que conduce a la necesaria integración de nuestro sistema de salud.

Los derechos planteados son: recibir atención médica adecuada, trato digno y respetuoso, e información suficiente, clara, oportuna y veraz; decidir libremente sobre la atención; otorgar o no consentimiento válidamente informado; ser tratado con confidencialidad; contar con facilidades para obtener una segunda opinión; recibir atención médica en caso de urgencia; disponer de un expediente clínico.

En Buenos Aires El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. El Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) dice que, entre

las medidas que se deberán adoptar a fin de asegurar la plena efectividad del derecho a la salud, figurarán las necesarias para:

- La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
- El mejoramiento de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
- La creación de condiciones que aseguren el acceso de todos a la atención de salud.

Para aclarar y hacer operacionales las medidas arriba enumeradas, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, que supervisa la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptó en el 2000 una Observación general sobre el derecho a la salud.

Dicha Observación general dice que el derecho a la salud no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también, el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

En Venezuela específicamente en el contexto laboral el medio ambiente en el campo de la salud es de gran relevancia, debido a sus características particulares y sus condiciones que generalmente pudieran presentarse actitudes violentas o poco adecuadas, quebrantando los derechos humanos del paciente o cliente, especialmente en instituciones públicas y en algunas ocasiones en instituciones privadas, donde el paciente se ve afectado por la poca sutileza en el trato que brinda el equipo de salud.

Para poder realizar una buena calidad de atención es necesario que el personal que trabaja dentro del área lo emplee correctamente, Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común. A partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación, con la atención recibida, Este método representa una de las formas más rápidas para evaluar aspectos de la calidad de los servicios. Por ejemplo, es posible formular preguntas con el fin de llevar a cabo estudios de mercado acerca de innovaciones en los servicios de salud, identificar oportunamente a pacientes de alto riesgo, tener mayor control en la planeación de los servicios, identificar las quejas de los pacientes descontentos y, además, minimizar los daños a la organización, como es el caso de las demandas legales. Asimismo, es posible documentar los diferentes niveles de desempeño laboral y facilitar la evaluación, de tal forma que contribuya a la mejoría en la calidad de la atención mediante el establecimiento de estándares de desempeño, esto a pesar de la existencia de dudas sobre la capacidad que tiene el usuario para hacer juicios de valor sobre los aspectos técnicos de la atención.

Para poder lograr una buena calidad de atención es necesario que el equipo de salud sea respetuoso y con ética concebida para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas. El trato debe ser apropiado, científico por lo cual el equipo de salud debe estar capacitado para asegurar la prestación efectiva de la asistencia sanitaria en los cuidados que se realicen con los mayores niveles de calidad, conciliando el derecho constitucional de los ciudadanos de protección de la salud. Todas las actuaciones de los profesionales de salud están presididas por principio básico como garantizar el derecho a la intimidad, la imagen la confidencialidad de la información, empatía y el apoyo emocional que asisten a nuestros pacientes y/o sus familiares, teniendo en cuenta que el paciente es el núcleo al cual deben girar todas las acciones del personal como estímulo de mejora continua.

El profesional de salud no solamente debe administrar hábilmente los diversos procedimientos que exige el quehacer diario, a su vez debe estar atento a las distintas manifestaciones de los pacientes derivadas de la propia enfermedad, tratamientos y de la relación que surgen en la atención brindada por el profesionales de salud a los usuarios.

Es de hacer notar que en el Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo específicamente en el área de emergencia adulto , esta unidad cuenta con una infraestructura, de 15 espacios físicos lo cuales están distribuidos de la siguiente manera: en el exterior se encuentra una sala de espera para familiares en el centro una puerta principal y a mano izquierda una puerta anexa para ingresar a una sala de espera de pacientes que se comunica con la recepción, el triaje, el ascensor de emergencia, y las escaleras de emergencia, la sala de traumatología, la sala de electrocardiogramas y el baño de pacientes. Del lado izquierdo el star de enfermería detrás del mismo está un cubículo con 4 camas para pacientes en observación, sala de asma, la sala de cura, luego trauma shock cerrado y trauma shock abierto y los quirófanos. Subiendo por las escaleras de la emergencia encontraremos el área de observación de la emergencia el cual consta de 4 cubículos, uno de damas que tiene capacidad 6 camas, uno de caballero con capacidad de 6 camas, un para pacientes de cuidados intermedios con 4 camas y otro cubículo para politraumatizados con 4 camas, la sala de unidosis, el depósito de materiales y equipos médicos, el star general de enfermería, una faena limpia y una faena sucia, 3 baños uno de damas, uno de caballeros, y el de enfermería, el pantry y el dormitorio de enfermería, la oficina de gerencia y la consulta de pacientes afiliados.

En la parte inferior de este servicio se cuenta con buena iluminación a pesar que de que no tiene espacios abiertos y ventilación natural, se mantiene con una ventilación artificial con una temperatura de 16°C. En la parte superior se cuenta con

ventilación natural y artificial, con buenas iluminaciones entradas y salidas de fácil acceso y un ascensor de uso interno.

En esta unidad, laboran aproximada mente 90 profesionales de enfermería civiles y militares, distribuidos entre los 4 turnos (mañana, tarde, noche “A” y noche “B”). Personal médico de guardia aproximadamente 4 por cada especialidad, personal civil de seguridad un aproximado 16 por guardia, tiene 3 jefe emergenciólogos, 3 gerentes de servicio militares, un oficial de día, un jefe de servicio que son militares, cuenta con 4 camareras por turno. En este caso sería lo ideal pero resulta que casi siempre no está completo el personal, ya sea por vacaciones, reposos o faltas injustificadas, lo que genera un exceso de trabajo, estrés laboral, y cambios de ánimos en el personal, ya que asisten diariamente un mínimo 200 usuarios, civil y militar.

Al momento del ingreso se debe llenar una ficha con datos que identifiquen al paciente y la afiliación del mismo como entidad militar o PNA (paciente no afiliado) causando la mayoría de las veces discriminación y retardo la atención o la facilidad de conseguir cama en los pisos de hospitalización correspondiente, haciendo que los pacientes no afiliados se tornen agresivos o causando su molestia por la ansiedad que ocasiona el tiempo prolongado de espera, al ver que no son tratados igual al personal militar enfermo sobre todo si este tiene jerarquía en su cargo.

Esto afecta la actitud del personal de salud ya que se ve presionado por el comportamiento del paciente, por el personal militar debido a que alegan tener prioridad por ser afiliados y pagar la institución, ignorando las necesidades del usuario civil, que por medio de estas acciones se ven afectadas su integridad física y su salud mental. También son tratados por habitación, diagnóstico, tipo de afiliación y no por su nombre o por la falta de espacio haciendo que sean atendidos a mitad del pasillo irrespetando su privacidad.

Estas acciones causa que el personal de salud de alguna manera viole los derechos del paciente, introduciendo sin importar la clase social, cultural , religión, edad, causando inestabilidad, trasgresión y por cada intimidación, en donde se evidencia que el paciente en muchas ocasiones es atendido sin consideración, con poca información adecuada de su condición en relación al estado de salud, se obvia el consentimiento informado, unido al respeto de su intimidad entre otros aspectos, que son omitidos durante el proceso de atención en la estadía hospitalaria.

La problemática antes expuestas, plantea las siguientes incógnitas: ¿Cuáles son los aspectos psicológicos que intervienen en la atención al usuario en la unidad de emergencia adulto del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo? ¿Cuáles son las causas que generan violencia físicaal momento de la atención al usuario en la unidad de emergencia Adulto en el Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo? ¿Qué factores sociales intervienen en la atención al usuario en la Unidad de Emergencia Adulto del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo?

Nuestra principal interrogante es saber:¿Qué Rasgos de Violencia Físico Psicosocial se evidencian en la atención a los usuarios en la Unidad de Emergencia Adulto en el Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”2013?

Objetivo del Estudio

Objetivo General

Determinar la presencia de rasgos de violencia durante la atención a usuarios en Unidad de Emergencia Adulto en el Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” 2013.

Objetivos Específicos

- Identificar los aspectos psicológicos que intervienen en la atención a usuarios en la unidad de emergencia adulto del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”

- Indagar sobre las causas que generan violencia física en la atención a usuarios en la unidad de emergencia Adulto en el Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”

- Describir los factores sociales que intervienen en la atención a en la Unidad de Emergencia Adulto del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”.

Justificación

Esta investigación se justifica, porque se pretende establecer los lineamientos que debe cumplir el equipo de salud en la atención del usuario que asisten a la Unidad de Emergencia de Adultos del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo de modo, de garantizar un servicio de equidad para la atención directa, oportuna y eficaz, cuyas acciones incidan de forma positiva en el usuario, su familia, la unidad de emergencia y el hospital.

En otras palabras, esto promoverá en el equipo de salud cambios, innovaciones y compromisos en su gestión para la búsqueda de la excelencia en su práctica profesional, así como también lo actualizará para el manejo y tendencias actuales del proceso de gestión, de tal manera que participe como agente transformador del cambio en los servicios de Emergencia, alentando además, a la comunicación, empatía y relaciones interpersonales beneficiosas a la salud de la población en general que pudieran adaptarse.

A nivel institucional, se disminuirá el nivel de agresividad. El término agresividad hace referencia a patrones de actividad que pueden manifestarse desde la pelea física hasta los gestos o presiones verbales que aparecen en el curso de cualquier negociación. Sus diferentes patrones están orientados a conseguir distintos propósitos, mejorando las relaciones interpersonales creándose un ambiente propicio para el desarrollo de actividades que reflejen armonía y equilibrio ambiental, además de prestar una asistencia de calidad, así como brindar los servicios de apoyo necesarios.

Con este estudio se aspira fomentar, promover y estimular al equipo de salud para que sea fuente de información multiplicador de información y ampliar acciones que sean derivadas de los problemas y necesidades de la persona, familia y comunidad; finalmente este estudio se justifica por los aportes realizados a las líneas de investigación desarrolladas por la Escuela de Enfermería UCV y por la oportunidad que poseen los investigadores de compartir los resultados de sus hallazgos con todas aquellas personas interesadas en la temática estudiada.

Se aspira que los resultados de ésta investigación sirvan como aporte importante en la búsqueda de alternativas dentro del campo de salud específicamente en el ámbito de los servicios, de tal forma que contribuya al redimensionamiento de los estilos de gerencia y la toma de decisiones, para mejorar la calidad de atención.

La relevancia del tema para los investigadores es la trascendencia de la investigación por considerar que los derechos de los pacientes se ponen todos los días en juego, correspondiendo a la enfermería, como profesión más cercana al paciente su defensa y la garantía de su cumplimiento. La meta final de cualquier profesión es mejorar la práctica de manera tal que los servicios que proporcionen a sus clientes tenga el máximo impacto.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes

Burgos y Paravic (2002) Realizaron un trabajo de investigación titulado Percepción de violencia de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un hospital público, en la concepción, Chile. Estudio de tipo descriptivo, comparativo y correlacionar, cuyo objetivo general fue conocer la percepción de violencia de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un hospital público y las variables que se encuentran relacionadas. Esta investigación se basó en el Modelo Interactivo de Violencia Laboral de Chapell y Di Martino, aplicado al ambiente hospitalario. La muestra estuvo conformada por 174 pacientes, 70 del servicio de medicina y 104 de cirugía. Algunos de los resultados fueron: un 35,7% de los pacientes de Medicina y un 42,3 % de los pacientes de Cirugía perciben violencia durante la atención hospitalaria. Estas percepciones de violencia corresponden a los pacientes más jóvenes con mayor nivel educacional y que evalúan mal la atención recibida. Las conductas violentas se presentaron con mayor frecuencia durante los turnos de noche, entre las que se destacaron la "falta de atención" y el "trato frío" de parte del personal de salud

Los usuarios identificaron que el estrés por exceso de trabajo de los funcionarios de la salud constituye el factor predisponente más importante de conductas violentas.

Teniendo en cuenta que la salud es un factor indispensable para el desarrollo de la vida de los seres humanos, incluyendo el medio ambiente donde viven, este

trabajo se relaciona con el estudio de esta investigación, porque busca saber la perspectiva del paciente durante su hospitalización, ya que catalogan como violentas de parte de los funcionarios que les atienden, siendo este porcentaje en la realidad probablemente mayor.

Valenzuela y Burgos (2004). Violencia percibida por trabajadores de atención primaria de salud. En Lima, Perú, esta investigación es descriptiva transversal y correlacionar, cuyo objetivo general fue conocer la percepción del fenómeno de la violencia desde la óptica de las diferentes categorías de trabajadores de un consultorio de atención primaria de salud, en una comuna de la VIII Región de Lima. Se trabajó con un universo de 62 funcionarios. La información fue recolectada a través del cuestionario de Paravic y col. que fue trabajado previamente con diversos grupos focales, y que recoge información referente a variables biosociodemográficas y de violencia en el lugar de trabajo.

Algunos de los resultados fueron: la mayoría de los funcionarios perciben violencia laboral, tanto hacia su persona como hacia sus pares y pacientes/usuarios. Prioritariamente, ésta es del tipo psicológico e identifican como su principal agresor a los pacientes y familiares, y también a la enfermera. Esta violencia se da principalmente en las clínicas y en los pasillos, y en el horario de mañana. Como medidas de afrontamiento, los funcionarios utilizan la defensa verbal, la evitación y la aceptación pasiva. Un tercio de los trabajadores manifiesta haber tenido experiencias previas de maltrato en su niñez.

Este trabajo tiene mucho que ver con la presente investigación puesto que mucho de los familiares y pacientes, reciben agresión por parte del equipo de salud, ya que no poseen, ni mantienen una calidad de atención óptima.

A su vez Mora, Quintero y Rodríguez, (2004) Realizaron un trabajo de investigación que lleva por título Desarrollo de un Programa de Instrucción para

evitar la violación en la atención al usuario en la Unidad Emergencia del Hospital Dr. José María Caraballo Tosta Maracay, cuyo objetivo se planteó diseñar un programa de instrucción que evite la violencia en los usuarios, sino que también se trata del diseño de un modelo o patrón que sirva de inspiración a los pueblos y naciones para la defensa y promoción de los derechos humanos a través de la enseñanza.

El universo estuvo conformado por 50 usuarios de la unidad de emergencia, se diseñó una investigación de campo, descriptivo transversal y para la recolección de la información se utilizó la encuesta a través de un cuestionario estructurado en dos partes: la primera contenían datos demográficos y la segunda la variable en estudio, la validez y la confiabilidad se llevó a cabo a juicio de experto. El autor concluyó que un caso típico de violación de los usuarios surge de las mismas desigualdades que se manifiesten en la sociedad. Cuando una parte de la población no tiene acceso a un mínimo bienestar quedan coartados los derechos humanos, apunta a que todos los habitantes de un país puedan alimentarse, tener una vivienda, trabajo, educación, salud.

Los derechos sociales les corresponden a las personas en función de las actividades que desarrollan o por pertenecer a alguna categoría especial de individuos, ya sea por la edad o por algún otro motivo que sea tomado en cuenta por la ley. Este trabajo se relaciona con la investigación porque todo paciente tiene Derecho a la salud, el consentimiento informado debe ser voluntario y perfectamente comprendido por él, para que de esta manera se eviten comportamientos violentos en la atención del individuo, familia y comunidad.

Base Teórica

La violencia

Es un comportamiento deliberado que provoca o puede provocar, daños físicos y psicológicos a otros seres y se asocia aunque no necesariamente con la agresión, ya que también puede ser psíquica o emocional, a través de amenazas u ofensas. Algunas formas de violencia son sancionadas por la ley o por la sociedad, otras son crímenes.

Por lo tanto la violencia, con sus negativos efectos y presente en todo lugar en donde el quehacer humano se manifiesta, ha motivado también estudios sobre esta problemática en los lugares de trabajo, en los que se reconoce que los ambientes laborales más expuestos a actos violentos son precisamente los de atención sanitaria, en especial los trabajadores que se desempeñan en establecimientos hospitalarios. Sin embargo, este tema no ha sido abordado igualmente desde el prisma de quienes reciben la atención en salud, con lo cual existe un vacío en el conocimiento sobre la violencia percibida por los pacientes o usuarios de los servicios hospitalarios en nuestro medio.

Estimando que el paciente es el principal sujeto de atención, que su condición de enfermo en un ambiente ajeno muchas veces desconocido, rodeado de innumerables estímulos y dependiente en grados variables del cuidado de otros, hace que se presente vulnerable a los diversos comportamientos violentos o a ser una potencial víctima de ellos, obliga a estudiar este fenómeno de la violencia en los contextos de atención en salud desde la óptica de los pacientes.

Violencia y el contexto de salud

La violencia, se comprueba en hechos cotidianos a los cuales el individuo está expuesto (víctima) o es el responsable (victimario). Hechos en que la violencia puede estar dirigida hacia sí mismo, hacia las personas o hacia las cosas, y que puede ser directa o implícita (Rapaport, 2002). En general, cualquiera sea su dirección, tenemos la tendencia a identificarla de inmediato con ciertas acciones concretas: golpes, balazos y, en su expresión más elocuente y descarnada, la guerra. Es decir, se relaciona con hechos visibles y manifiestos de la agresión física que provoca daños que pueden llegar a producir la muerte. Se reconoce también como expresión de violencia aquellas situaciones en las que existe una percepción de mala calidad de servicios o de mala atención, no satisfacción de necesidades de un cliente, proveer de servicios que están muy lejos de las expectativas del usuario, cuando se abusa o se recibe un trato injusto.

Entre los trabajadores con mayor riesgo de actos violentos, según los estudios, se encuentran los que se desempeñan en el sector salud, especialmente en el área intrahospitalaria (Mahoney, 2000; Nogareda, 2000; Beck y col., 2002; Aranetz, 2004 y Sánchez, 2002). Esta problemática tiene carácter universal, es decir, afecta a todos los trabajadores de atención sanitaria en mayor o menor grado, principalmente al personal de ambulancias, médicos y personal de enfermería que se desempeña en servicios hospitalarios. Esta violencia de los funcionarios en el lugar de trabajo también puede generar en ellos comportamientos violentos, extendiéndose hacia los usuarios de los servicios de salud.

Pacientes en el contexto hospitalario

Las personas deben cumplir normalmente con numerosas tareas y compromisos en las distintas etapas de la vida, colegio, trabajo, familia, etc., que aseguren su desarrollo y desenvolvimiento normal en la sociedad; sin embargo esto puede verse alterado por la condición de enfermedad y más aún cuando es necesario el ingreso a un hospital. Esta situación hace al individuo vulnerable a variados estímulos, condiciones e interrelaciones que se desarrollan en este medio en el que adopta o pasa a ser incluido en el "status de paciente" (Martínez, 2007). En efecto, el paciente se enfrenta a un medio con estímulos y situaciones diversas que no solamente alteran la satisfacción de necesidades de orden elemental o biológico, como pueden ser el dormir o el alimentarse, sino también aquéllas de orden superior, especialmente las que comprometen su esfera psico-afectiva.

En este punto Jiménez (2000) señala que: “En el paciente hospitalizado no solamente ve afectado el aspecto económico, el funcionamiento familiar y las responsabilidades previamente adquiridas, sino también se altera su autoestima y se producen cambios emocionales intensos que requieren de reajustes” (Pág. 27)

(Valenzuela, 2005) dice: El hospital constituye entonces un sistema social complejo y delicado, en el cual la presencia de multiplicidad de 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 (Pág. 25)

Una emergencia es definida como una lesión o enfermedad que plantean una amenaza inmediata para la vida de una persona y cuya asistencia no puede ser demorada. Cualquier respuesta a una emergencia médica dependerá fuertemente de la

situación, del paciente y de la disponibilidad de recursos para asistirlo. También variará dependiendo de si la emergencia ocurre dentro de un hospital bajo asistencia médica, o fuera de un hospital (por ejemplo en la calle), en este caso hablamos de emergencia extra hospitalaria. En los hospitales se dispone de servicios denominados de emergencias o de urgencias.

Es conveniente reflexionar sobre algunos aspectos anteriormente citados, sobre la vivencia de este ser humano, paciente ingresado en un hospital, aspectos que pueden ser considerados inapropiados o en alguna medida violentadores durante la atención que el equipo de salud brinda a los pacientes y que, asociado a la masificación y complejidad creciente de la atención en salud, no sean analizados con la frecuencia y profundidad que merecen. Según la experiencia de las autoras de este artículo, existe ciertamente una dualidad en la satisfacción de la necesidad de seguridad que experimenta el paciente hospitalizado, ya que, por un lado, el hospital representa el control y/o vigilancia del problema de salud que le aqueja en cuanto a cuidados y evaluación, pero, por otro, se acentúan también los sentimientos de inseguridad e inestabilidad emocional, relacionados con la separación familiar y el someterse a normas y reglamentación internas que rigen a cada establecimiento de salud. Un paciente recién ingresado desconoce la reglamentación de un hospital y si no es dada a conocer, explicada oportuna y claramente, puede representar una amenaza para el paciente y su familia, como por ejemplo el desalojo de las salas de la visita de familiares cuando ya se ha cumplido el horario, impedir el ingreso de la familia en áreas de acceso restringido, o cuando el paciente no colabora para la realización de algún procedimiento, entre otras. 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.

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, descortés e impersonal, lo que ha violentado la relación amistosa y de confianza, pasando más bien a un vínculo despersonalizado.

(Goic, 2000). Esta despersonalización creciente, en la que la persona ha pasado a un segundo plano ya sea por el aumento de la demanda asistencial y/o tecnificación de la atención de salud que otorgan los hospitales e instituciones afines, donde la actitud humanizante que debe caracterizar la relación entre prestadores y usuarios se ha ido deteriorando, ha reducido la visión integral del paciente como ser biopsicosocial, adjudicándose el protagonismo a la enfermedad. (Pag.46)

Esta visión, que actualmente se presenta parcializada, se manifiesta en hechos tan cotidianos que casi son parte de la "normalidad" en las relaciones que se establecen entre los prestadores y los usuarios; en un apremio de tiempo, tal vez por simplificar algún aspecto dentro de este ambiente tan complejo, se va perdiendo algo tan esencial y propio de cada ser humano como es la identidad, al reconocerle según la enfermedad que le aqueja (el de la hernia, el TAC), el órgano afectado (el de la vesícula, la del pulmón), el examen solicitado (la de la radiografía, el del escáner), la intervención realizada (el del by-pass, el del trasplante) y por la sala de hospitalización (el del 20-9, la de la 33-C), y no por su nombre.

Henderson (2000) señala que existen otros signos o situaciones en que las relaciones con el equipo de salud dejan de manifiesto el protagonismo de la enfermedad y en las que se exponen claramente a los pacientes/usuarios a un segundo plano y que los lleva a sentirse por lo menos incómodos o molestos,

tales como el tutear a los adultos, expresarse de manera agresiva y hostil, dirigirse hacia otra persona sin identificarse previamente, hacer comentarios en presencia de otro paciente, realizar procedimientos sin el consentimiento, trasladar a los pacientes de sala sin explicación alguna. A estas situaciones podrían agregarse: tratar de hija/o abuela/o a quienes no lo son nuestros, el entrar a una sala sin saludar, retirarse sin despedirse, usar terminología técnica que imposibilita la comprensión del paciente, tratar de exagerado el dolor del otro.(Pag.98)

El profesional de salud (es decir, los que prestan asistencia sanitaria a quienes la necesitan) son la piedra angular de los sistemas de salud. Sin embargo, este colectivo está atravesando una crisis en el mundo entero, crisis a la que ningún país escapa por completo. Los resultados están a la vista: clínicas sin profesionales de la salud y hospitales incapaces de contratar o retener a personal básico.

Para el profesional de salud no solamente importa administrar hábilmente los diversos procedimientos que exige el quehacer diario, sino estar atentos a las distintas manifestaciones de los pacientes, derivadas de la propia enfermedad, tratamientos y también de todos aquellos provenientes del medio hospitalario y de relación que surgen en la atención brindada por el equipo de salud a los usuarios, relación que en los últimos tiempos se ha deteriorado, dando paso a conductas y situaciones que pueden ser consideradas como violentas por los pacientes, por cuanto se pierde el principio fundamental del respeto, y que en mayor o menor grado pueden alterar su bienestar.

Esta situación en la que los usuarios podrían considerarse víctimas potenciales de diferentes tipos de manifestaciones violentas, que van desde no tratarlo por su nombre o no cumplir con las expectativas de la atención prestada, merece atención por la vulnerabilidad que éstos presentan y las características de su condición, por la importancia que reviste otorgar una buena atención de salud a los pacientes, por la

violencia reconocida en todos los contextos sociales, incluidos los servicios de salud, y por las escasas investigaciones en este tema desde la perspectiva de los pacientes. Se hace necesario, entonces, realizar un diagnóstico de la situación de violencia percibida por los pacientes en los diversos contextos de atención de salud y abordar esta problemática basándose en los resultados obtenidos, para proponer estrategias a objeto de prevenir y/o intervenir si la situación así lo requiere, contribuyendo de esta forma con el compromiso adquirido por el erradicar la violencia en las instituciones de salud, otorgando prestaciones sanitarias en centros de salud seguros y libres del flagelo de la violencia.

Mayormente el tipo de violencia que ocurre con frecuencia en las unidades hospitalarias son de carácter psicológico y físico por percepción de violencia identificada, puesto que esto significa que no solamente los trabajadores de salud son víctimas de violencia, sino que esta problemática afecta también a los usuarios de los servicios de hospitalización.

En la medicina y en general en las ciencias de la salud, el usuario o paciente es alguien que sufre dolor o malestar (muchas enfermedades causan molestias diversas, y un gran número de usuarios también sufren dolor). En términos sociológicos y administrativos, paciente o usuario es el sujeto que recibe los servicios de un médico u otro profesional de la salud, sometiéndose a un examen, a un tratamiento o a una intervención.

Este hecho debe llamar a la reflexión sobre la forma en la que se está llevando a cabo la atención a los pacientes, que son nuestro principal sujeto de atención, y cómo se vulneran sus derechos. Las conductas violentas, corresponden en su gran mayoría a manifestaciones de violencia de tipo psicológico y en algunos casos no muy frecuentes físicos. Dentro de las que se destacaban, la "falta de atención" en la satisfacción de necesidades de aseo y/o confort, tiempo prolongado que demoraba el personal de salud en atender llamados de solicitud y retiro de vías periféricas, y la

falta de cooperación en la realización del aseo personal, en especial de aquellos más dependientes. Esto se puede relacionar con la escasez 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.

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 señala 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 o exceso de trabajo, la que a su vez puede llevar a la falta de atención en las actividades y al cambio de comportamientos.

La mayoría de los pacientes que señalan percibir conductas violentas durante la atención recibida en la hospitalización, aceptan estas situaciones sin decir ni hacer nada. El adoptar una actitud pasiva frente a las conductas violentas puede relacionarse con la relación asimétrica y jerárquica que se establece entre el personal de salud y los pacientes en los hospitales públicos. Como 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.

Violencia física

Es el acto por medio del cual se fuerza la integridad de la persona, con el ánimo de causar daño físico o moral, la utilización de la fuerza con el claro objetivo de causar lesiones en la víctima.

Este tipo de violencia o intimidación ejercida por el agresor revisten a no dudarlo un carácter particularmente degradante o vejatorio para la víctima, ya que no solo es el hecho físico de la agresión mediante golpes o puntapiés, sino también mediante la utilización de cuerpos duros, contundentes y peligrosos, con el ánimo expreso de causar daño en la integridad física, sino que también llega a generar un trauma en el ego, produciéndose un temor ante una nueva agresión por parte del agresor y/o agresores.

Existen circunstancias en las cuales la Ley puede aplicar la sanción, así por ejemplo:

- 1.-Si en dicha violencia física o agresión se hubiera utilizado armas de cualquier tipo, instrumentos, objetos, medios, métodos o formas concretamente peligrosas para la vida o salud, física o psíquica del lesionado.
- 2.-Si hubiera mediado ensañamiento o alevosía.
- 3.- Si la víctima fuere menor de edad o incapaz.
- 4.- Si la víctima fue o hubiese sido esposa, o mujer que estuviese o hubiera estado ligada al autor (unión libre) por una análoga relación de afectividad, aún sin convivencia.

La violencia física, la utilización de la fuerza por parte del agresor determina que la víctima resulte con heridas, fracturas, lesiones leves o graves, dependiendo las circunstancias de los hechos.

Violencia psicológica.

No debe dejarse de lado que la violencia psicológica está muy ceñida a la intimidación o fuerza moral entendiéndose como bastante para infundir racionalmente un temor o un sufrimiento grave si no se accede a las pretensiones del sujeto activo, a través de la proliferación de frases de carácter intimidatorio.

Es la actividad orientada a desestabilizar emocionalmente a una persona, afectando su tranquilidad emocional, resultado del cual es el desequilibrio, y la desesperación al momento de centrar una actividad.

No hay duda que la reiterada conducta del insulto y la expresión amenazante haya o no circunstancias que permitan afirmar el anuncio de un mal emocional constituyéndose de esta manera una violencia psíquica que directamente afecta a la dignidad de la persona que las recibe, así como al derecho a la paz individual o familiar.

Este tipo de violencia es un menoscabo maltratando de palabra mediante palabras o epíteto, vulgares, denigrantes, afectando a la reputación y buen nombre, para lo cual el agresor se vale o utiliza toda clase de medios que no causan daños físicos, pero sí afectan a la personalidad, mediante ofensas, llamadas telefónica, difundiendo falsos criterios de personalidad de la víctima., que en todo caso llegaríamos al tema de las injurias sean calumniosas, graves conforme a la ley.

Factores Sociales

Es el resultado del reiterado estímulo, enseñanzas con contenidos violentos, impuestos en el hogar, en la escuela, y en la sociedad, obligando al modificar naturalmente al cerebro y a todo el organismo, para el almacenamiento de dichos contenidos como memorias patológicas.

La formación de memorias para los comportamientos agresivos violentos requiere de mínimas condiciones cognitivas, por la intensidad y duración de los estímulos que las generan y el importante compromiso afectivo que las involucra, al desaparecer dichos estímulos.

Principales Características:

La violencia es una acción ejercida por una o varias personas, en donde se somete de manera intencional al maltrato, presión, sufrimiento, manipulación u otra acción que atente contra la integridad tanto física como psicológica y moral de cualquier persona o grupo social.

Son tan múltiples las manifestaciones, características y participantes, que la violencia ha logrado un sitio importante en la atención de distintos especialistas, como sociólogos, sicólogos y filósofos, y por consiguiente el esfuerzo mantenido en su investigación para aclarar sus causas y efectos.

El desenvolvimiento de las distintas sociedades, no ha sabido manejar la violencia. La agudización de las desigualdades económicas y políticas han funcionado como trampolín de esta, al verse incrementada de los recursos, lo que se refleja en ira y depresión, sentimientos que mal manejados se transforman en violencia. También son considerados como violencia: maltrato, sufrimiento físico y mental, manipulación, seducción, exclusión social, crítica destructiva, desprecio, abandono, insultos, entre otros.

La violencia es un fenómeno histórico relacionada con el desenvolvimiento social del ser humano. La razón de la violencia es la combinación de factores negativos entre el individuo y la sociedad. Las razones más comunes son el abuso en el consumo del alcohol y drogas, la permisividad y excesiva tolerancia frente a la posesión de armas de fuego y la propagación indiscriminada de imágenes violentas o delictivas por los medios de comunicación, las cuales ayudan a generar, mantener y reforzar los comportamientos violentos. Sin embargo, la multiplicidad de las causas de la violencia hacen extenso su estudio.

Durante la evolución del hombre, fue muchas veces necesaria la utilización de la violencia como método de permanencia en el tiempo, bajo la premisa de sobrevivir

ante agresores, tener dominio sobre territorios, alcanzar la supremacía en grupos sociales etc.

En la actualidad, la violencia puede provenir de factores como:

- Condiciones de hacinamiento
- Desempleo
- Condiciones sociales deplorables
- Pérdida de valores morales
- Frustraciones
- Marginalidad
- Conflictos religiosos
- Descontento social, entre otras.

Existen factores sociales, políticos y religiosos que determinan los niveles de violencia en una comunidad, un país o el mundo. El descontento social, debido a las condiciones económicas puede ser factor determinante para el surgimiento de la violencia en las calles, forma de delincuencia o explosiones sociales.

Además la sed de poder del hombre, lo ha llevado por caminos de derramamiento de sangre en la búsqueda del control político de naciones e imperios. Sin embargo la razón que tal vez históricamente ha generado más violencia es la diferencia de conceptos religiosos, por los cuales se han comenzado guerras, y más recientemente, atentados terroristas devastadores.

Mientras más fervientemente se crea en un ideal, puede ser político o religioso, con mucho más ahínco se defenderá de propios y extraños, puesto que una

vez que asumimos una posición con respecto a un tema sobre el cual nuestros valores morales han sido fundados, se torna prácticamente imposible cambiar la manera de pensar.

La violencia se ha convertido en un tema de la cotidianidad, pues nos acompaña siempre bajo esquemas de escala social y resentimiento hacia los que tienen mayores posibilidades. Se ha hecho común que en las zonas urbanas las personas hayan optado por autoconfinarse, debido al temor del enfrentamiento con la violencia, la cual no es más que el reflejo de una sociedad con pocas posibilidades de surgimiento.

Fases de Violencia

- **Fase de tensión creciente:** Esta fase está dada por la acumulación diaria de tensiones causadas por situaciones conflictivas, las cuales son reprimidas o minimizadas bajo sentimientos de desesperanza, disgusto y depresión.
- **Fase de explosión:** En esta fase la acumulación y represión de tensiones, se concentran en un solo momento, cuando la persona estalla emocionalmente, por medio de actos violentos o agresiones físicas, verbales, emocionales o sexuales.
- **Fase de Remordimiento:** La culpa consume al victimario, al darse cuenta de la agresión perpetrada, quien en un primer momento se excusa por sus actos, causándole un daño irreparable a su autoestima, facilitando el inicio de estas tres fases cíclicas.

Medidas preventivas contra la violencia intrahospitalaria

- Adopte una actitud tranquila y bondadosa.
- Ser comprensivo ante la situación presentada

- No responda a las amenazas con amenazas.
- No de órdenes.
- Reconozca los sentimientos de la persona (por ejemplo, "Sé que usted está frustrado").
- Evite cualquier conducta que pudiera interpretarse como agresiva (por ejemplo, moviéndose rápidamente, acercándose demasiado, tocando, o hablando en voz alta).
- Saludar cordialmente antes al entrar en una sala e identificarse.
- Comunicarle al paciente cualquier tipo de procedimiento (traslados a otras salas o aplicación de medicamentos) a realizar con su persona.
- Conversar con el paciente en términos que sean prácticos para su comprensión.

Teorizante de Enfermería

Hildegard Peplau.

“MODELO DE RELACIONES INTERPERSONALES”

Hildegard Peplau en 1931 comenzó su carrera profesional. Ha detentado puestos en el ejército de los Estados Unidos, hospitales generales y privados, investigación y docencia y práctica privada en enfermería psiquiátrica. En 1952 publica su modelo en el que integra las teorías psicoanalíticas, el aprendizaje social, la motivación humana y el desarrollo de la personalidad. Desarrolló el primer currículum conceptual para la Licenciatura de ciencias en el programa de enfermería de la Universidad de Rutgers.

- **Persona:** Peplau la define como un individuo, no incluye a las familias, grupos ni comunidades. La describe como un organismo en desarrollo que se esfuerza por reducir la ansiedad provocada por las necesidades. Según Peplau la persona vive en equilibrio inestable.
- **Entorno:** Peplau no lo define de forma explícita. Según Peplau la enfermera debe tener en cuenta la cultura y los valores cuando acomode al paciente en el entorno hospitalario, pero no trata las posibles influencias ambientales sobre el paciente.
- **Salud:** La describe como un concepto que implica un movimiento dirigido de la personalidad y otros procesos propios del hombre hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y en comunidad. Según Peplau la salud consta de condiciones interpersonales y psicológicas que interactúan. Es promovida a través del proceso interpersonal.
- **Enfermería:** Para Peplau es un proceso significativo, terapéutico e interpersonal que actúa de forma conjunta con otros procesos humanos que posibilitan la salud. Es una relación humana entre un individuo que está enfermo o que siente una necesidad y una enfermera que está preparada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda.

Para Peplau la enfermera consigue sus metas mediante la promoción del desarrollo de las habilidades del paciente para afrontar los problemas y conseguir un estado saludable; es un proceso mutuo y de cooperación que intenta resolver el problema.

Peplau contempla el proceso de enfermería como una serie de pasos secuenciales que se centran en las interacciones terapéuticas. Incluye la utilización de las técnicas de resolución de problemas por la enfermera y el paciente; según Peplau.

tanto la enfermera como el paciente aprenden el proceso de resolución de problemas a partir de su relación.

Avanza desde lo genérico a lo específico en la recogida de datos y la clarificación de problemas, y se vale de instrumentos básicos como la observación, la comunicación y el registro.

Hizo incorporaciones de las Ciencias de la Conducta, así como de los trabajos de Sigmund Freud, Erich Fronun, Abraham Maslow, Harry Sullivan y Neal Miller. Integró en su modelo las teorías psicoanalíticas, el aprendizaje social, la motivación humana y el desarrollo de la personalidad, al mismo tiempo que el crecimiento de la teoría enfermera era algo relativamente novedoso.

Peplau basa su modelo en la enfermería psicodinámica, que ella define como la utilización de la comprensión de la conducta de uno mismo para ayudar a los demás a identificar sus dificultades. La enfermera psicodinámica aplica los principios de las relaciones humanas a los problemas que surgen en todos los niveles de la experiencia humana.

Por tanto, su modelo se basa en teorías psicoanalíticas, en el cual ella define la enfermería psicodinámica y describe las fases del modelo y los roles de la enfermera en cada fase. Le faltaría definir que es la comprensión de la conducta de uno mismo, que es el cuidado a los demás, que es el apoyo, que es ayudar, en definitiva definir los constructos propios de enfermería en su modelo.

Se puede considerar deductiva ya que parte de teorías psicoanalíticas, quedando pendiente de definir los constructos propios de enfermería.

Las dificultades que podemos encontrar en el modelo de Peplau son:

1. Que la enfermera ha de asumir distintos roles, dado que el modelo de Peplau utiliza este enfoque como la principal base para los cuidados, la enfermera ha

de ser capaz de controlar las emociones que emanan de su representación de nuevos roles, tanto ella como del paciente. La enfermera ha de proporcionar un apoyo terapéutico apropiado y para esto es crucial que se sienta Segura de su capacidad para comunicarse con eficacia.

2. Habilidades de asesoramiento: que no se trata de dar consejo sino de proporcionar una oportunidad al paciente para que solucione mentalmente los problemas y saque algunas conclusiones razonables.
3. Proporcionar una red de apoyo para el personal. Supone exigencias emocionales importantes para la persona que presta los cuidados. La enfermera necesita también contar con un apoyo. Debe invertirse tiempo en el apoyo del personal. La enfermera necesita disponer de tiempo para discutir la práctica clínica.
4. El empleo de su modelo queda limitado en el trabajo con pacientes seniles, comatosos, neonatos, En dicha situación la relación enfermera-paciente es unilateral, por tanto no puede considerarse con el calificativo de general.
5. Le falta precisión empírica. Aunque está basada en la realidad, hay que validarla y verificarla por parte de otros científicos y faltan investigaciones posteriores.

La asunción del modelo: se centró en el desarrollo de la relación terapéutica como proceso básico y buscó proporcionar una relación que pudiera hacer que la persona permaneciese sana. Realizar esto de una manera eficaz significa que las enfermeras deben aprender a emplear la ansiedad experimentada por un paciente o por un familiar para ayudarles a comprender en qué consisten los problemas y el modo en que estos problemas pueden solucionarse. Utilizando la relación de este modo, colaborando, educando y siendo una terapeuta, la enfermera será capaz de

empatizar con los problemas del paciente. Como consecuencia de todo ello, tanto la enfermera como el paciente aprenden y maduran.

Peplau afirma que los pacientes tendrán problemas si estas necesidades no son satisfechas, bien porque la ansiedad sea demasiado elevada, bien porque la tensión produce frustración y conflicto en el paciente. El modelo de Peplau trata del cuidado de alguien mediante una serie de interacciones, es, por tanto razonable describirlo, como un modelo de desarrollo más que como modelo de sistemas.

Derechos Humanos del Paciente

Cuando se habla de Derecho, se hace hincapié en poder o facultad de actuar, García (2008) define Derechos como "...orden concreto, instituido por el hombre para la realización de valores colectivos, cuyas normas integrantes de un sistema que regula la conducta de manera bilateral, externa y coercible" (p.9). Dicho de otro modo es un conjunto de reglas establecidas para regir las relaciones de los hombres en sociedad para el logro de justicia o cumplimiento de fines comunes, así mismo el autor señala lo siguiente:

El Derecho es un aliado de la sociedad para preservar el orden que permita la sana convivencia entre los individuos y el mismo debe estar en constante transformación para adecuarse a los cambios que se van dando en la vida social, inclusive debe ir ajustándose a los avances tecnológicos, para ir creando nuevas normas que cubran las necesidades del mundo cambiante en que vivimos. (p.135)

En este orden de ideas y a manera de opinión personal, podríamos definir al Derecho como la ciencia que regula la conducta del hombre, en el que utiliza como instrumento las normas jurídicas basada en la equidad y la justicia, de manera coercible, para evitar la conducta antijurídica, y preservar el bien común dentro de la

sociedad, concretamente en el área de la salud como un contexto más del individuo en condiciones especiales o de enfermedad.

Son llamados humanos porque son del hombre, de la persona humana, de cada uno de nosotros. El hombre es el único destinatario de estos derechos. Por ende, reclaman reconocimiento, respeto, tutela y promoción de parte de todos. Para Hernández y Eloy (2005) los derechos humanos son "... aquellos con los que cuenta toda persona por el sólo hecho de serlo. A diferencia de los demás, son inherentes a la naturaleza humana, es decir, no vienen de fuera, por ello, no se adquieren ni se pierden" (P.5).

El Centro Nacional de Tecnología de información (CNTI-2008) define los Derechos Humanos como "Conjunto de principios, de aceptación universal, reconocido constitucionalmente y garantizados jurídicamente, orientados a asegurar al ser humano, su dignidad como persona, en su dimensión individual y social, material y espiritual"(Pág. 30). Quienes tienen mayor responsabilidad en el respeto a los Derechos Humanos, dadas las tareas que se les encomiendan, son las autoridades gubernamentales, es decir, los hombres y mujeres que ejercen la función de servidores públicos. No basta la acción pública del Estado para garantizar los derechos humanos, es necesario crear mecanismos que los protejan. El Estado es responsable de brindar a sus habitantes las condiciones necesarias para que las personas puedan gozar efectivamente de sus derechos, de manera que en todo momento pueda realizarse el anhelo de justicia, paz y libertad.

Tomando en cuenta lo anteriormente descrito se infiere que los derechos del paciente se relacionan con este tópico puesto que parten de normas establecidas legalmente con el fin de asegurar y avalar las condiciones de salud óptimas en la población enferma. Al respecto Hernández y Eloy (Op.cit). Enfatizan que la acción de la autoridad puede devenir en una administración de lo público, hasta caer en el autoritarismo. Por ello es necesario establecer formas de protección de los Derechos

Humanos, al respecto menciona que la protección y la defensa de estos tienen la función de:

Crear condiciones de posibilidad del desarrollo integral de todas las personas. De acuerdo a esto, el Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo, reconoce que no podrá admitirse restricción y se debe adoptar medidas especiales para proteger los derechos del paciente.

Establecer con claridad límites a la actuación de la autoridad, de tal manera que el individuo goce de una esfera de justa autonomía para decidir y actuar libremente. Los derechos de los pacientes hace referencia a la relación profesional entre el enfermera (o) y el enfermo basado en el diálogo sincero y en la confianza mutua. El profesional de enfermería ha de ayudar al paciente a no resignarse a ser objeto de un tratamiento haciendo participe en la toma de decisiones sobre sí mismo, pese a que esto implique a menudo recibir información no grata.

Prevenir el abuso de autoridad, estableciendo no sólo las facultades con que cuentan los servidores públicos, sino también los límites de su actuación. En la vida del enfermo se debe acceder a su dignidad respetándolo, de esta manera se reconocerá sus derechos como paciente. Establecer mecanismos de defensa del pueblo ante los abusos del poder de la autoridad pública así como instrumentos ágiles de mediación entre gobernantes y gobernados ante la presencia del conflicto.

En relación con el tema investigado, se puede observar que el abuso de poder y de autoridad en el área hospitalaria se refiere a cualquier conducta abusiva sea, gestual, verbal, comportamientos inadecuado hacia el paciente en el cual atenta, por su repetición, contra la dignidad humana, o la integridad psíquica o física de los usuarios; es otra de las formas en que se violan los derechos del paciente.

En cuanto al respeto a la dignidad humana es un derecho fundamental del paciente, De esta forma, como indica la Constitución, la dignidad de la persona es fundamento del orden público y de la paz social. De igual manera los autores enumeran las características de los derechos humanos como:

1. **Universales:** porque pertenecen a todas las personas, sin importar su origen étnico, nacional o familiar, sexo, género, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, religión, opiniones, preferencias, orientación sexual, estado civil, o cualquier otro rasgo de las personas.

En el ámbito de la salud, se presta atención a toda la población en general, con el fin de proporcionar promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la asistencia sanitaria y la rehabilitación, adecuada, todo ello en un marco integral, así como la regulación de actuaciones permitan hacer efectivo el derecho de los ciudadanos a la protección teniendo acceso a esta sin discriminación alguna a la atención en salud para todos aquellos que la necesiten. De acuerdo con la declaración de los Derechos del paciente todos tiene derecho a la atención médica y de salud; sin discriminación alguna fundamentada en raza, credo, sexo, religión, nacionalidad,

2. **Incondicionales:** porque en sí mismos no se pueden supeditar a ningún requisito o condición, sino que tienen como límite únicamente los lineamientos y procedimientos de las normas, que han de ir en función de los legítimos límites de los derechos: básicamente donde comienzan los derechos de terceros y los justos intereses de la comunidad.

Esta referida a la no discriminación ni exclusión y otorga a todas las personas el mismo valor ante la ley, dando lugar a que todos tengan el derecho a acceder al sistema de salud y recibir los beneficios que genere su ejercicio, sin distinción de ningún tipo por razón de raza, sexo, color, condición socioeconómica o de otra índole.

3. **Inalienables:** dado que son inherentes a las personas, no pueden perderse, ni renunciarse, ni transferirse, ni siquiera por propia voluntad. De este modo se otorga a la salud en cuanto derecho humano la inalienabilidad, por ser irrenunciables, al pertenecer en forma indisoluble a la esencia misma del ser humano porque forman un conjunto inseparable de derechos; no pueden ni deben separarse de la persona y, en tal virtud, no pueden transmitirse o renunciar a los mismos.
4. Los derechos humanos, al derivar de la misma dignidad humana, son **interdependientes e indivisibles**, es decir, no se puede decir que se respetan unos en menoscabo de los otros.

En efecto supone la interrelación de unos derechos con otros, así como la no jerarquización de un derecho con otro, basado en que la promoción, el respeto y el disfrute de los derechos humanos y libertades fundamentales no pueden justificar la negación de otros derechos y libertades. Respecto del derecho a la salud, implica que no puede existir un verdadero goce de este derecho sin la garantía de otros derechos fundamentales del hombre. Los derechos del paciente afirman que se debe recibir un trato respetuoso y considerado en un ambiente limpio, seguro y libre de restricciones innecesarias.

5. Además, los derechos humanos tienen un **carácter histórico progresivo y dinámico**, pues el avance de la humanidad va descubriendo nuevos aspectos de los derechos humanos. De acuerdo con esto no son estáticos, sino que evolucionan progresivamente a lo largo del tiempo, además una vez alcanzados ciertos logros, estos son irreversibles. En ese sentido, las leyes y políticas no deben aplicarse a sabiendas de que conducirán a una disminución del real acceso de la población a los servicios preventivos y de atención.

Porque dado el carácter evolutivo de los derechos, en la historia de la humanidad, es posible que en el futuro se extienda la categoría de derecho humano a otros derechos que en el pasado no se reconocían como tales o aparezcan otros que en su momento se vean como necesarios a la dignidad humana y, por tanto, inherentes a toda persona.

Clasificación de los Derechos Humanos

Si bien no es la única manera de clasificar a los derechos humanos, las llamadas tres generaciones ofrecen una visión histórica de su reconocimiento:

Primera generación: son las denominadas “libertades clásicas”, fueron plasmados en la Declaración de los derechos del hombre y del ciudadano. Por su contenido, que no se agota en esta declaración, se les ha llamado derechos de libertad, ya que su énfasis está en las libertades del individuo frente al poder del Estado, y en la preservación de una cierta autonomía para las personas, donde la autoridad no debe tener injerencia, como son su religión, la vida privada, etcétera. Entre estos derechos podemos destacar:

Derechos de igualdad, porque promueven la equidad. Entre ellos destaca que toda persona tiene derechos y libertades fundamentales sin distinción de raza, color, idioma, posición social o económica. Es aquel que hace alusión al derecho inseparable que tienen todos los seres humanos a ser reconocidos como iguales antes la ley y de disfrutar y gozar de todos los derechos que se le otorgan, sin importar su origen nacional, su raza, sus creencias religiosas o su orientación sexual.

El derecho a la igualdad hace referencia a derecho que tenemos todos los seres humanos a no ser segregados por nuestras condiciones o creencias, este derecho nace como consecuencia de los terribles rechazos que han tenido que enfrentar las minorías alrededor del mundo. Hace alusión al derecho inherente que tienen todos los

seres humanos a ser reconocidos como iguales ante la ley y de disfrutar y gozar de todos los derechos que se le otorgan, sin importar su origen nacional, su raza, sus creencias religiosas o su orientación sexual.

Derecho a la vida, el primero y más importante de los derechos individuales, considerado como el presupuesto básico y fundamental del que depende la existencia y perfeccionamiento de los restantes derechos reconocidos en el texto constitucional. El Derecho a la vida, está contemplado en el contenido del capítulo de la Constitución Nacional que se refiere a los Derechos Civiles, concretamente en el encabezamiento del Artículo 43, que determina:

El derecho a la vida es inviolable. Ninguna ley podrá establecer la pena de muerte, ni autoridad alguna aplicarla. El Estado protegerá la vida de las personas que se encuentren privadas de su libertad, prestando el servicio militar o civil, o sometidas a su autoridad en cualquier otra forma (p.22).

Cabe subrayar que el derecho a la vida lleva implícito el propósito fundamental de proteger el mantenimiento de la existencia del ser humano como centro y meta de la acción jurídico-política. De igual modo, su reconocimiento no puede obviar el respeto y protección de la integridad física, psíquica y moral de la persona. En este sentido, haya sentido proclamar la vida como el primero de los valores superiores del ordenamiento jurídico venezolano,

Igualdad entre el hombre y la mujer. El derecho a la igualdad entre hombres y mujeres es recogido ampliamente en el nuevo ordenamiento constitucional, apuntando a asegurar el goce de todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. En concreto, se consagra la protección del matrimonio y la igualdad absoluta de los derechos y deberes de los cónyuges y se establece que se garantizará la igualdad y equidad de hombres y mujeres en el ejercicio del derecho al trabajo, reconociéndose a la vez el derecho a la seguridad

social de las amas de casa e incluye la igualdad a la salud para toda la población en general.

Prohibición de la tortura y las penas o tratos crueles, inhumanos. Se entenderá por el término tortura definido en la convención de las Naciones Unidas todo acto por el cual se inflija intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia. No se considerarán torturas los dolores o sufrimientos que sean consecuencia únicamente de sanciones legítimas, o que sean inherentes o incidentales a éstas.

De acuerdo con esto, el paciente que ingresa al área de emergencia se ve expuesto a intimidaciones o a cualquier tipo de indiscriminación, por lo que el profesional de enfermería debe estar atento para no permitir abusos físicos, y maltratos psíquicos en los usuarios que requieren de servicio y atención de salud. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.

Derecho a la vida privada y a la honra. La vida privada se encuentra directamente vinculada al concepto de intimidad, entendida ésta como aquel ámbito en que el ser humano y la gente de sus afectos conviven, sin la intervención de terceros. En otras palabras se entiende como aquella esfera en la que el sujeto desarrolla en forma libre, sin control ni vigilancia, todas sus potencialidades y capacidades rechazando toda intromisión no consentida en ella. La honra conjunto de cualidades éticas que permiten que las personas merezcan y reciban la consideración de los demás.

Es un concepto vinculado estrechamente al buen nombre, la buena fama, el bien moral. La honra se adquiere, se conserva, se enaltece cuando se viven con honor, que es la conciencia de que es preciso estar cumpliendo siempre con las obligaciones personales, familiares y sociales. El derecho a la intimidad no siempre se respeta en el funcionamiento cotidiano de los hospitales específicamente en el área de emergencia, en muchas ocasiones esto se debe a una falta de concienciación del personal que maneja estos datos.

La información indiscriminada de los datos clínicos (por ejemplo, los contenidos en la Historia Clínica) ha agravado aún más esta realidad, afortunadamente, se han dictado normas dirigidas a impulsar este derecho, como la protección de datos de carácter Personal. Es de suma importancia Informar bien al paciente sobre la finalidad de la recogida de datos clínicos, la existencia de un fichero o tratamiento de datos, así como sobre la posibilidad de solicitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación de dichos datos. También el paciente debe saber que tiene derecho a no contestar a las preguntas que se formulen, y estar informado de las consecuencias de no hacerlo.

Segunda generación: La constituyen los derechos económicos, sociales y culturales. Proviene del constitucionalismo social, que reconoce los derechos colectivos tales como la salud, la seguridad social, el trabajo, etcétera. También se le llama Estado de bienestar, pues supone que el Estado ponga en marcha una serie de acciones, programas y estrategias, para que estos derechos sean una realidad para las personas y grupos. Se les ha llamado también: Derecho a un nivel de vida adecuado para la salud, alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica y los servicios sociales necesarios para el individuo y su familia. Derecho a la protección de la salud, física y mental. Derecho a cuidados y asistencia especiales durante la maternidad y la infancia.

Derecho a la salud

El derecho a la salud obliga a los Estados a generar condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones comprenden las disponibilidades garantizadas de servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos.

La salud es definida por la Constitución de 1946 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "...el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y/o enfermedades" y reconocida en la Declaración de Alma-Ata como "un derecho humano fundamental", y que el logro del nivel de salud más alto posible es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización requiere de la intervención de otros muchos sectores sociales y económicos, además del sector salud. La salud es un derecho básico de las personas, que debe ser garantizado a través de acciones que aseguren que todos los miembros de la sociedad accedan a una cobertura médica adecuada, en especial los sectores de menores recursos y con mayores riesgos de contraer enfermedades.

Derechos del Paciente

El paciente, ha dejado de ser un sujeto pasivo para desempeñar un papel más activo y pasar a convertirse en un auténtico copartícipe del acto médico. La relación enfermera-paciente debe estar fundamentada en principios reguladores que se traduzcan en el respeto mutuo de los derechos de ambos sujetos de esa relación jurídica. Tanto el paciente como el equipo de salud tienen derechos y deberes que nacen de esa estrecha relación. En principio, se pueden resumir así: Enfermería debe actuar siempre de acuerdo con su conciencia y en el mejor interés del paciente cuando se le presentan dificultades prácticas, éticas o legales.

Declaración de Derechos del Paciente

La Asociación Americana de Hospitales realiza una Declaración de Derechos del Paciente con la esperanza de que la observación de estos contribuya a una mejor atención del paciente y a una mayor satisfacción de las necesidades del mismo. Además, presenta estos derechos para que sean respaldados por el hospital en nombre de sus pacientes, como parte integral del proceso de sanar. Es en reconocimiento a estos factores que se declaran estos derechos y respeto:

1. El paciente tiene derecho a que se le atienda con consideración.
2. El paciente tiene derecho a obtener de su médico toda la información disponible relacionada con su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, en términos razonablemente comprensibles para él.
3. El paciente tiene el derecho a saber el nombre completo del médico responsable de coordinar su atención.
4. El paciente tiene derecho a que su médico le comunique todo lo necesario para que pueda dar su consentimiento informado previamente a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento. Excepto en las urgencias, la información que ha de darse al paciente para que pueda dar su consentimiento informado ha de incluir al menos lo relativo al procedimiento o tratamiento específico, los riesgos médicos significativos asociados y la probable duración de la discapacidad.
5. El paciente también tiene derecho a saber el nombre completo de la persona responsable de los procedimientos o del tratamiento.
6. El paciente tiene derecho a rechazar el tratamiento en la medida que lo permita la ley. También tiene derecho a ser informado de las consecuencias médicas de su acción.

7. El paciente tiene derecho a que se tenga en cuenta su intimidad en relación a su propio programa de atención. La discusión del caso, las consultas, las exploraciones y el tratamiento son confidenciales y deben conducirse con discreción.
8. El paciente tiene derecho a que todas las comunicaciones y registros relativos a su atención sean tratados confidencialmente.
9. El paciente tiene derecho a esperar que un hospital, de acuerdo con su capacidad, le dé una respuesta razonable a su petición de servicios.
10. El hospital debe brindar una evaluación, un servicio o la remisión a otra institución según lo indique la urgencia del caso.
11. El paciente tiene derecho a obtener información de cualquier relación de su hospital con otros centros sanitarios o instituciones educativas en cuanto pueda referirse a su atención.
12. El paciente tiene derecho a que se le informe sobre la existencia de cualquier relación profesional entre personas que lo estén tratando y tiene derecho a conocer los nombres completos de estas personas.
13. El paciente tiene derecho a ser advertido en caso de que el hospital se proponga realizar experimentación humana que afecte su atención o tratamiento.
14. El paciente tiene derecho a rechazar su participación en dichos proyectos de investigación.
15. El paciente tiene derecho a esperar una continuidad razonable de atención.
16. Tiene derecho a saber con anticipación qué horas de consulta y qué médicos están disponibles y dónde. El paciente tiene derecho a confiar en que el

hospital proveerá los medios para que su médico o alguien que este delegue, le informe de sus necesidades de atención de salud posteriores al alta.

17. El paciente tiene derecho a examinar y recibir explicación de la factura de sus gastos independientemente de quien vaya a abonar la cuenta.

18. El paciente tiene derecho a conocer las normas y reglamentos hospitalarios aplicables a su conducta como paciente.

Un hospital debe realizar funciones diversas que incluyen la prevención y el tratamiento de las enfermedades, la educación de los profesionales de la salud y de los pacientes y la realización de investigación clínica. Todas estas actividades deben estar supeditadas al interés de los pacientes y, sobre todo, al reconocimiento de su dignidad como seres humanos.

Bases Legales

Las bases que regulan la salud de la población venezolana, se encuentran establecidas en la **Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela** vigente (1999), que en su capítulo V de los Derechos Sociales y de las Familias específicamente en:

Artículo. 84:

Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el

deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud (p 29).

El derecho a la salud es concebido como el más alto nivel. No se limita a la simple atención de la salud, sino que abarca factores socio-económicos que promueven las condiciones de las personas pueden llevar una vida sana. Se trata de un derecho humano indispensable para el ejercicio de los demás derechos, porque a través de su ejercicio se dan las condiciones necesarias para vivir dignamente.

Así como también declara en **la Gaceta oficial N° 38.650 la Ley Orgánica de Salud 2007 TITULO I DISPOSICIONES PRELIMINARES**

Artículo 3°: los servicios de salud garantizaran la protección de la salud a todos los habitantes del país y funcionaran de conformidad con los siguientes principios:

- a) **Principio de la universalidad:** todos tiene el derecho de acceder y recibir los derechos para la salud sin discriminación de ninguna naturaleza.
- b) **Principio de participación:** los ciudadanos individualmente o en sus organizaciones comunitarias deben preservar su salud, participara en la programación de los servicio de promoción y saneamiento ambiental y en la gestión y financiamiento de los establecimientos de salud a través de aportes voluntarios.
- c) **Principio de complementariedad:** los organismos públicos territoriales nacionales, estatales y municipales, así como también los distintos niveles de atención se complementaran entre sí, de acuerdo la capacidad científica tecnológica financiera y administrativa de los mismo.
- d) **Principio de coordinación:** las administraciones públicas y los establecimientos de atención médica cooperaran y concurrirán armónicamente

entre sí en el ejercicio de sus funciones, acciones, y utilización de sus recursos.

- e) **Principios de calidad:** en los establecimientos de atención médica se desarrollaran mecanismos de control para garantizar a los usuarios la calidad en la prestación del servicio, la cual deberá observar criterios de integridad, personalización, continuidad, suficiencia, oportunidad y adecuación a las normas, procedimientos administrativos y prácticas profesionales.

TITULO VIII DE LOS DERECHOS Y GARANTIAS DE LOS BENEFICIARIOS

Artículo 69.- Los pacientes tendrán los siguientes derechos:

1. El respeto a su dignidad e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de tipo geográfico, racial, social, sexual económico, ideológico, político o religioso.
2. Aceptar o rehusar su participación, previa información, en proyecto de investigación experimental en ser humanos.
3. Recibir explicación en términos comprensibles en lo que concierne a salud y al tratamiento de su enfermedad, a fin de que pueda dar su consentimiento informado antes las opciones diagnósticas y terapéuticas, a menos de que se trate de intervención que suponga riesgo epidémico, de contagio de enfermedad severa, y en caso de extrema urgencia.
4. Negarse a medidas extraordinarias de prolongación de su vida, cuando se encuentre en condiciones vitales irreversibles, debidamente constatadas a la luz de los consentimientos de la ciencia médica del momento.
5. Recibir el representante del paciente, su conyugue, hijos mayores de edad u otro familiar, explicaciones sobre la opciones diagnostica del paciente cuando

este se encuentre en estado de alteración mental que impida entender y decidir.

6. Una historia médica donde conste por escrito, y certificados por el médico tratante o quien haga sus veces, todo los datos pertinentes a su enfermedad, motivo de consulta, antecedentes, historia de la enfermedad actual, diagnóstico principal y diagnósticos secundarios, terapéuticas y la evolución clínica. Igualmente se harán constar las condiciones de salud del paciente al egreso, la terapéutica seguir y las consultas sucesivas a cumplir. Cuando el paciente debe de continuar su tratamiento en otro establecimiento de atención médica o cuando el paciente lo exija se le entregara un resumen escrito y certificado de su historia médica.
7. Un trato confidencial en relación con la información médica sobre su persona.
8. Ser asistidos en establecimientos de atención médica donde exista la dotación adecuado de recursos humanos y equipos a sus necesidades de salud, aun en situación de conflictos laborales.
9. Exigir ante la administración del establecimiento público o privado de atención médica, los soporte de los costos institucionales, servicios y honorarios a pagar, si este fuera el caso.

Sistema de Variables

Variable: Rasgos de Violencia Físico Psicosociales en la atención a usuarios.

Definición Conceptual: Puget y Berenstain (2000) “Se entiende por violencia cualquier comportamiento físico, psicológico o sexual, que por medio de la acción u omisión provoca daño a las personas.” (Pág. 48).

Peplau (1952) Contempla el proceso de enfermería como una serie de pasos secuenciales que se centran en las interacciones terapéuticas. Incluye la utilización de las técnicas de resolución de problemas por la enfermera y el paciente; según Peplau

tanto la enfermera como el paciente aprenden el proceso de resolución de problemas a partir de su relación.

Definición Operacional: Cuando se habla de rasgos de violencia se refiere a todas aquellas situaciones o comportamientos que pueden presentarse en áreas de alto volumen de pacientes, donde el stress, el cansancio y el ausentismo laboral pueden inducir al equipo de salud, a tomar actitudes o decisiones negativas hacia los usuarios por no saber manejar la situación, causando así daños en el bienestar físico, psicológico y social de los usuarios.

Cuadro N° 1 Rasgos de Violencia Físico Psicosocial en la atención al usuario.

DIMENSION	INDICADOR	SUB INDICADOR	ITEMS
<p>Rasgos Psicológicos</p> <p>Es un conjunto de comportamientos que incluye insultos, gritos, palabras hirientes u ofensivas, las descalificaciones, humillaciones o amenazas que causan molestia.</p>	<p>- Daño Psicológico</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Amenazas - Atención despersonalizada - Agresión Verbal - Desconfianza - Hostilidad - Irritabilidad - Ansiedad - Cansancio - Criticar la apariencia física - Somnolencia 	<p>01</p> <p>02</p> <p>03</p> <p>04</p> <p>05</p> <p>06</p> <p>07</p> <p>08</p> <p>09</p> <p>10</p>

<p style="text-align: center;">Rasgos Físicos</p> <p>Es el uso de fuerza para intimidar controlar o forzar a alguien contra su voluntad y atentar en contra de su integridad física. Puede incluir inmovilizaciones, empujones, jaloneos, asfixias. En grado extremo llegar al homicidio.</p>	<p style="text-align: center;">- Daños Corporales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Golpes - Exposición del cuerpo - Halarse entre si - Agresividad durante el contacto físico - Lesión de tejidos cutáneos - Complicación de patología de base - Refrenar sin criterio - Atropello - Obligación - Alzado de Mano 	<p style="text-align: right;">11</p> <p style="text-align: right;">12</p> <p style="text-align: right;">13</p> <p style="text-align: right;">14</p> <p style="text-align: right;">15</p> <p style="text-align: right;">16</p> <p style="text-align: right;">17</p> <p style="text-align: right;">18</p> <p style="text-align: right;">19</p> <p style="text-align: right;">20</p>
--	---	--	---

<p style="text-align: center;">Rasgos sociales</p> <p>Son estructurales y culturales componen y fundamentan la constitución de una sociedad y están relacionados a las formas de pensar, a los valores asumidos vivencialmente y a las prácticas diarias que tiene la población. Los factores de la violencia social son múltiples, pero no se puede dejar de mencionar: el desempleo, la precariedad laboral, desigualdad social, empobrecimiento de algunos sectores.</p>	<p>- Condición Social</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desinterés Laboral - Respuesta de Evitación - Dificultad para decidir - Condición de la profesión - Desplazamiento - Exclusión - Marginal - Condición política - Sexualidad - Etnia 	<p style="text-align: right;">21</p> <p style="text-align: right;">22</p> <p style="text-align: right;">23</p> <p style="text-align: right;">24</p> <p style="text-align: right;">25</p> <p style="text-align: right;">26</p> <p style="text-align: right;">27</p> <p style="text-align: right;">28</p> <p style="text-align: right;">29</p> <p style="text-align: right;">30</p>
---	---------------------------	--	---

CAPITULO III.

MARCO METODOLOGICO.

Según Pineda y Col.(2000) Dice que: “El diseño metodológico de una investigación tiene como finalidad la planificación de la investigación científica, es decir, la concepción de una estrategia para averiguar algo. Los detalles concretos varían según lo que se quiere estudiar”. (pag.27)

El diseño metodológico es la planificación de las actividades del proyecto de investigación. En él se especifican las metodologías, los plazos, los costos del proyecto.

Tipo de Diseño

De acuerdo con el problema y los objetivos establecidos, el estudio se ubica en la modalidad del tipo descriptiva, según Canales y Pineda (1994), refieren que los estudios descriptivos:

Son la base y punto inicial de otros tipos y son aquellos que están dirigidos a determinar como esta, la situación de las variables que deberán estudiarse en una población; la presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno (prevalencia o incidencia), y en quienes, donde y cuando se está presentando determinado fenómeno(Pág. 173).

Por lo tanto se puede deducir que los estudios descriptivos evalúan diversos aspectos, situaciones, frecuencia de ocurrencia y se mide cada uno de manera independiente, especificando las propiedades más resaltantes en dicha investigación.

Según la temporalidad en la que se lleva esta investigación es de tipo transversal, Sampieri Roberto (2007) hace referencia y explica lo siguiente “Los diseños de investigación transaccional o transversal recolectan datos en un solo momento en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado”. (Pág. 191 – 192)

Así se puede decir que la investigación es de campo, descriptivo, transversal univariable que permite obtener nuevos conocimientos en el campo de la realidad social, o bien estudiar una situación para diagnosticar necesidades y problemas, donde se apoya principalmente informaciones que proviene de entrevistas o cuestionario, también es de tipo descriptiva porque comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, y la composición o proceso de los fenómenos. Este tipo de descripción trabaja sobre realidades de hechos, y su característica fundamental es la de presentarnos un interpretación correcta por lo cual en tal sentido se puede decir que el estudio es transversal ya que se concreta a estudiar las variables en un periodo específico por cierto tiempo. Dicha investigación se realiza en la Unidad de Emergencia Adulto del Hospital “Dr. Carlos Arvelo”.

Diseño de la Investigación

Según Arias. (2006), define la investigación de campo “es aquella que consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados o de la realidad donde ocurren los hechos sin manipular y controlar variable alguna es decir el investigador obtiene la información pero no altera las condiciones existentes. (Pág.31).

Por lo que cabe destacar, la investigación de campo es donde se obtienen los datos propios de lo que se investigara sin alterar, ni manipular variable alguna para así obtener lo que se desea buscar.

Población y muestra

Población

Una población según Tamayo y Tamayo. (2003), es definida como “La totalidad del fenómeno a estudiar en donde las unidades de población poseen una característica común, la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación”(pag.92).

Se puede decir que el total de población en la unidad de emergencia del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” está conformada por 150 pacientes que equivalen al 100% de la población en un día que asisten a esta unidad y 86 profesionales de salud entre médicos, enfermeras, camareras y el personal de seguridad que laboran en ese servicio.

Muestra

La muestra es un subconjunto de la población, esta se utiliza para determinar características propias de la totalidad de la misma, para la cual deben ser representativas en toda la población. Desde el punto de vista de la investigación es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que llamamos población (Sampieri, Pág. 212, 2007).

Para la elección de la muestra se aplica el muestreo intencional u opinatico definido por Arias. (2006) “selección de los elementos con base en criterio o juicio del investigador”.

Por lo que la muestra representa una parte determinante de la población para ser investigada en determinado momento. La muestra está representada en totalidad por 38 pacientes que equivalen a 25% los cuales asistieron al área de emergencia adulto donde se realizó una encuesta por medio de un cuestionario con preguntas cortas y sencillas.

Métodos y Técnicas de Recolección de Datos e Instrumento.

Una vez seleccionado el diseño de la investigación y la muestra apropiada acorde con los objetivos y variables del estudio, se determinó que el método a utilizar fue a través de un cuestionario por medio de una encuesta que permitió precisar el objeto de investigación.

El instrumento está dirigido a los usuarios que asisten a la unidad de emergencia adulto, con la finalidad de obtener la información necesaria de las variables en estudio.

Según Betancourt y Col. (2002), dice que el instrumento “es el mecanismo que utiliza el investigador para recolectar la investigación”. (Pág. 198), por lo que se deduce que el instrumento son todos aquellos que se utiliza para recaudar y utilizar la información deseada.

El cuestionarios según Betancourt y Col. (2002) “es el método que utiliza un instrumento o formulario impreso, destinado a obtener respuestas sobre el problema y que el investigador o consultado llena por sí mismo”. (Pág.203).

Según Arias. (2006), define la encuesta como: “Una técnica que pretende obtener información que suministra un grupo o muestra de sujetos acerca de si mismos, o en relación con un tema particular” (p. 72)

Por antes expuesto en el cuestionario, como instrumento, permitirá obtener respuesta o información para la investigación, el cual consta de 30 ítems que se responderá en un tiempo promedio de 15 minutos aproximadamente. Con antecedentes de respuesta dicotómico (SI) (NO)

Validez y Confiabilidad.

Procedimiento para La Validación y Confiabilidad

Pineda y otros (2004) dicen que la validez de un instrumento “Será sometida a la opinión de un experto” (Pág. 172). Por lo tanto los instrumentos serán sometidos a la opinión de expertos, en Enfermería y metodología.

Confiabilidad

Según Santa Palella (2006). “La confiabilidad de un instrumento es definida como la ausencia de error aleatorio en el instrumento de recolección de datos. Representa la influencia del azar a la medida; es decir, es el grado en el que las mediciones están libres de la desviación producida por los errores causales” (Pág.176).

La confiabilidad tiene por objeto asegurarse de que un investigador, siguiendo los mismos procedimientos descritos por otro investigador anterior y conduciendo el mismo estudio, puede llegar a los mismos resultados y conclusiones.

El criterio de confiabilidad del instrumento, se determina en la presente investigación, por el coeficiente de Alfa Cronbach, desarrollado por J. L. Cronbach,

requiere de una sola administración del instrumento de medición y produce valores que oscilan entre cero y uno.

Es aplicable a escalas de varios valores posibles, por lo que puede ser utilizado para determinar la confiabilidad en escalas cuyos ítems tienen como respuesta más de dos alternativas.

Procesamiento para la recolección de información

Una vez que se elabora el instrumento y se compruebe la confiabilidad, se procede a la recolección de la información de la siguiente manera: se pasa un comunicado escrito al gerente de enfermería y a la dirección de la institución para participarle de la investigación solicitando permiso y colaboración para la aplicación del instrumento. Luego se establece comunicación con los usuarios que conforman parte de la muestra seleccionada, para aplicarle el estudio, orientarle sobre el cuestionario, el anonimato del mismo, la importancia de su colaboración y contestar todas las preguntas con mayor sinceridad posible. La aplicabilidad del instrumento se debe realizar de la siguiente manera según Sampieri:

1. En un primer momento presentación del entrevistador con el entrevistado.
2. Se orienta según el procedimiento.
3. Se realizó la entrega del cuestionario para que el entrevistado le diera la respuesta.

Con respecto al usuario se seleccionan aquellos que reciben atención en la unidad de emergencia adulto a quienes se les aplica el instrumento diseñado para tal fin.

Plan de Tabulación y Análisis.

La técnica de análisis se refiere al proceso de tabulación de datos que debe especificarse de una manera lógica secuencial y sistemática.

Según Münch y Ángeles. (1998) la tabulación es “un conjunto de valores formado por una función cuando sus variables toman valores”. (Pág. 35).

Se tramitan los datos de forma manual y una matriz de doble entrada para luego proceder al análisis cuantitativo y los resultados se presentan en cuadros estadísticos y grafico para demostrar en comportamiento de la variable dimensiones e indicando el estado.

Señala Münch y Ángeles. (1998) que el análisis es una parte de la metodología estadística que concierne a los métodos correctos de interpretación de la estadísticas por oposición a la que trata de su elaboración y su presentación en cuadros y gráficos”. (Pág. 36).

El análisis se refiere a la descomposición de un todo en sus distintos elementos constituyentes, con el fin de estudiar éstos de manera separada, para luego, en un proceso de síntesis, llegar a un cabal conocimiento integral.

CAPITULO IV

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El cuestionario fue aplicado a los usuarios de la Unidad de Emergencia Adulto del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” dicha entrevista constaba de 30 ítems con antecedentes dicotómicos (SI) (NO) los cuales fueron respondidos por los pacientes en un lapso de 15 minutos.

Se distribuyó un cuadro con todos los ítems según el tipo de respuesta simple, con la finalidad de obtener el porcentaje de cumplimiento promedio de los 38 pacientes de estudio, a continuación se realizara un cuadro con todas las dimensiones, un gráfico de acuerdo con los datos recopilados y el análisis descriptivo de la situación en estudio. La información se mostrará en el cuadro, con frecuencias absolutas y porcentajes y a su vez serán presentadas en tablas que se complementan con gráficas estadísticas.

Cuadro N° 2

Frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas de los pacientes entrevistados en la unidad de emergencia adulto en relación al indicador de daño psicológico.

Ítems	Porcentaje de respuestas Positivas	Porcentaje de respuestas Negativas	Total %
- Amenazas	87	13	100%
- Atención despersonalizada	70	30	100%
- Agresión Verbal	85	15	100%
- Desconfianza	42	58	100%
- Hostilidad	23	77	100%
- Irritabilidad	31	69	100%
- Ansiedad	78	22	100%
- Cansancio	89	11	100%
- Criticar la apariencia física	34	66	100%
- Somnolencia	17	83	100%
Total	56%	44%	100%

Fuente: Instrumento aplicado

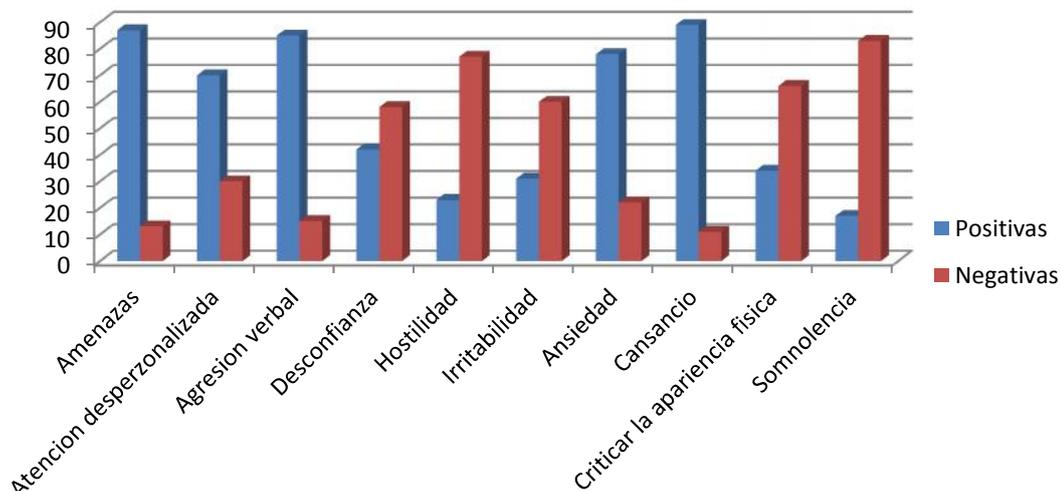


Grafico N° 1. Frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas de los pacientes entrevistados en la unidad de emergencia adulto en relación al indicador de daño psicológico.

Cuando se le realizó la entrevista a los usuarios, durante su estadía en la unidad de emergencia adulto, de que si se han sentido amenazado por el equipo de salud el 87% de las respuestas fueron afirmativas y un 13% negativas, relacionando esta con el antecedente de Burgos y Paravic (2002) “Estas percepciones de violencia corresponden a los pacientes más jóvenes con mayor nivel educacional y que evalúan mal la atención percibida”. Al preguntarle si han sentido una atención despersonalizada por el equipo de salud el 70% fueron positivas y el 30% negativas. Relacionado con (Goic,2000) Esto se ha ido presentando en la medida en que la enfermedad monopoliza la atención e inconscientemente se olvida de la naturaleza humana de la atención de salud, tornándose esta fría, descortés e impersonal lo que ha violentado la relación amistosa y de confianza, pasando más bien a un vínculo despersonalizado. Durante su estadía en la unidad de emergencia ha sido agredida verbalmente el 85% fue afirmativo y el 15% negativo, se les preguntó si han desconfiado de la información suministrada por el equipo de salud el 42% dijeron que sí y el 58% dijo no, al preguntarle si han recibido un trato hostil durante su estadía el 23% afirmó y el otro 77% lo negó, cuando se les preguntó si el aumento de pacientes influye en la

irritabilidad del equipo de salud el 31% lo afirmo el 69% lo negó, al preguntarle si el equipo de salud da información sobre los procedimientos a realizar el 78% dijo que si y el 22% dijo que no, basando este resultado al porcentaje que afirmo se deduce que quienes niegan pueden no entender cuando se les está explicando el procedimiento ,al preguntarle si han observado signos de cansancio en el equipo de salud el 89% de las respuestas fueron afirmativas y un 11% negativas, utilizando la referencia de Burgos y Paravic (2002) los usuarios identificaron que el estrés por exceso de trabajo de los funcionarios de la salud constituye el factor predisponente más importante de conductas violentas. Al preguntarle si sienten que han criticado su apariencia física el 34% dijo que si y el 66% dijo que no, cuando se les pregunto si perciben signos de somnolencias en equipo de salud al momento de realizar procedimientos un 17% lo afirmo y el 83% lo negó, según Burgos y Paravic (2002) Las conductas violentas se presentaron con mayor frecuencia durante los turnos de la noche, entre las que destacaron la “falta de atención “y el “trato frio” de parte del personal de salud dando como resultado que la mayoría de los encuestados se han visto afectados psicológicamente por diferentes razones.

Henderson (2000) señala que:

Existen otros signos o situaciones en que las relaciones con el equipo de salud dejan de manifiesto el protagonismo de la enfermedad y en las que se exponen claramente a los pacientes/usuarios a un segundo plano y que los lleva a sentirse por lo menos incómodos o molestos, tales como el tutear a los adultos, expresarse de manera agresiva y hostil, dirigirse hacia otra persona sin identificarse previamente, hacer comentarios en presencia de otro paciente (Pag.74).

En opinión de las investigadoras, es importante que el equipo de salud de una atención más integral a cada paciente ya que los mismos presentan diferente necesidades en las cuales se debe prestar toda nuestra atención. También es importante mencionar que el equipo de salud debe mejorar la manera de expresarse para evitar malos entendidos, hacia los usuarios que ingresan a esta unidad

Cuadro N° 3 Frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas de los pacientes entrevistados en la unidad de emergencia adulto en relación al indicador de Daños Corporales

Ítems	Porcentaje de respuestas Positivas	Porcentaje de respuestas Negativa	Total %
- Golpes	8	92	100%
- Exposición del cuerpo	44	56	100%
- Halarse entre si	52	48	100%
- Agresividad durante el contacto físico	17	83	100%
- Lesión de tejidos cutáneos	37	63	100%
- Complicación de patología de base	21	79	100%
- Refrenar sin criterio	12	88	100%
- Atropello	15	85	100%
- Obligación	23	77	100%
- Alzado de Mano	7	93	100%
Total	24%	76%	100%

Fuente: Instrumento Aplicado

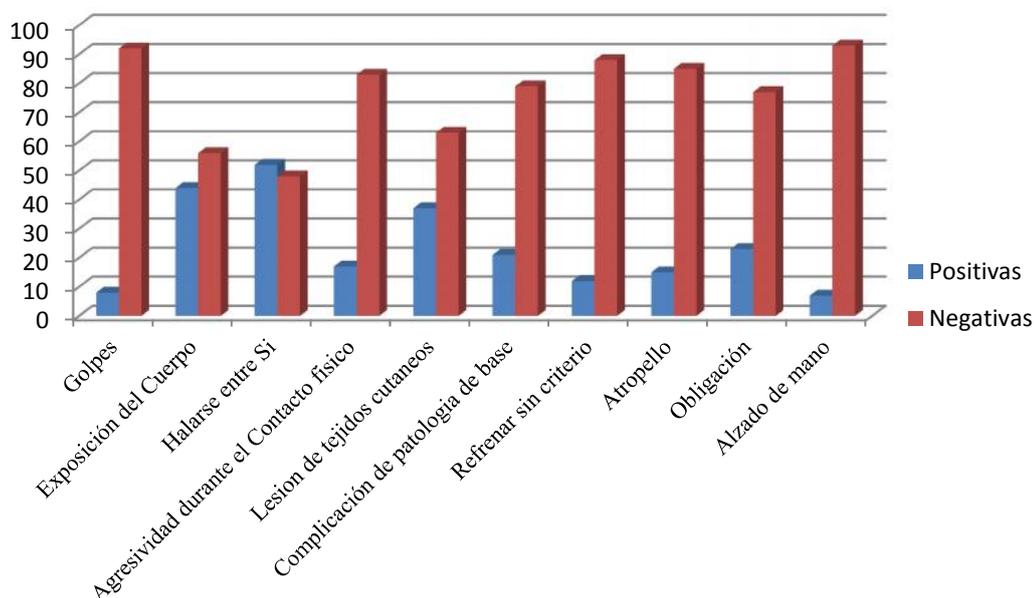


Grafico N° 2. Frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas de los pacientes entrevistados en la unidad de emergencia adulto en relación al indicador de Daños Corporales

Cuando se le realizo la entrevista a los usuarios, durante su estadía en la unidad emergencia adulto, se les pregunto si han recibido golpes por el equipo de salud durante su estadía el 8% de las respuestas fueron afirmativa y un 92% negativas, las respuestas de los usuarios evidencian que a pesar del exceso de trabajo aún se mantiene el nivel de respeto, al preguntarles si el equipo de salud exponían sus cuerpos al realizar un procedimiento 44% dijo que si 56% dijo que no, cuando se les pregunto si el equipo de salud al cumplir un procedimiento lo halado bruscamente 52% de las respuestas son afirmativas y el 48% negativas, al preguntarles si el equipo de salud lo ha tratado de una manera agresiva durante el contacto físico 17% respondió que sí y un 83% respondió que no, la agresividad es un conjunto de patrones de la actividad que pueden manifestarse con intensidad variable, desde las expresiones verbales y gestuales hasta la agresión física, cuando se les pregunto si el equipo de salud ha lesionado su piel el 37% lo afirmo y el 63% lo negó, al

preguntarles si al momento del traslado a realizar estudios el equipo de salud ha tomado medidas en cuanto a su enfermedad el 21% dijo que sí y el 79% dijo que no, esto se debe generalmente a la cantidad de flujo de pacientes en el área sin embargo los pacientes generalmente tienden a negar sus patologías de base, al preguntarle si alguna vez lo han refrenado sin criterio medico el 12% ha respondido de manera afirmativa mientras que el 88% fue de forma negativa, cuando se les pregunta si han sido atropellados por el equipo de salud un 15% responde que sí y un 85% responde que no, al preguntarles si han sido obligados a colaborar en algún procedimiento a través del contacto físico el 23% dice que sí y un 77% dice que no, cuando se les pregunta si en algún momento el equipo de salud les han alzado la mano en momento de stress el 7% de las respuestas fueron afirmativas y un 93% negativas, dando como resultado que la mayoría de los encuestados refieren no haber recibido ningún daño físico.

Para (Mahoney, 1990; Nogareda, 1990; Beck y col., 1992; Aranetz, 1994 y Sánchez, 2002) dice:

Entre los trabajadores con mayor riesgo de actos violentos, según los estudios, se encuentran los que se desempeñan en el sector salud, especialmente en el área intrahospitalaria, esta problemática tiene carácter universal, es decir, afecta a todos los trabajadores de atención sanitaria en mayor o menor grado. Esta violencia de los funcionarios en el lugar de trabajo también puede generar en ellos comportamientos violentos, extendiéndose hacia los usuarios de los servicios de salud. . (Pag.50).

Es importante que el equipo de salud no agrede a los usuarios que entran en el área ya que esto afectaría a todos los trabajadores que se encuentran en la unidad, tenemos que entender que los usuarios que ingresan también se altera su autoestima y producen cambios emocionales intensos, en el cual los individuos son vulnerables a varios estímulos, condiciones e interrelaciones que se relacionan con el medio.

Cuadro N° 4

Frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas de los pacientes entrevistados en la unidad de emergencia adulto en relación al indicador de Condición Social

Ítems	Porcentaje de respuestas Positivas	Porcentaje de respuestas Negativas	Total %
- Desinterés Laboral	13	87	100%
- Respuesta de Evitación	71	29	100%
- Dificultad para decidir	22	78	100%
- Condición de la profesión	43	57	100%
- Desplazamiento	56	44	100%
- Exclusión	51	49	100%
- Marginal	38	62	100%
- Condición política	47	53	100%
- Sexualidad	25	75	100%
- Etnia	12	88	100%
Total	38%	62%	100%

Fuente: Instrumento Aplicado.

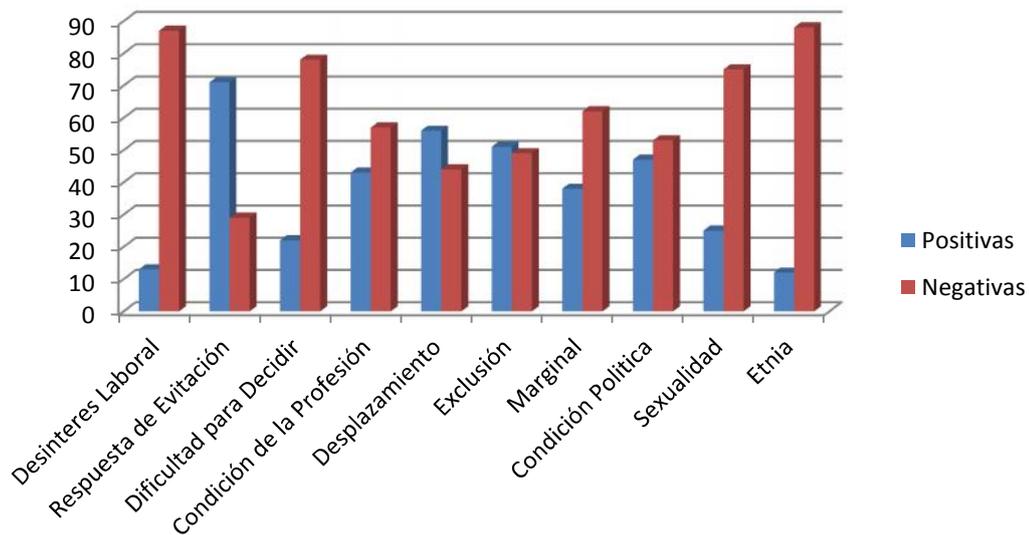


Grafico N° 3. Frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas de los pacientes entrevistados en la unidad de emergencia adulto en relación al indicador de Condición Social

Cuando se le realizó la entrevista a los usuarios, durante su estadía en la unidad de emergencia adulto, se les preguntó si percibían algún desinterés en la atención brindada el 13% de las respuestas fueron afirmativas y un 87% negativas, basada la investigación en el modelo de Peplau dice que la salud consta de condiciones interpersonales y psicológicas que interactúan. Es promovida a través del proceso interpersonal. Al preguntarle si quedan conforme con la información emitida por el equipo de salud el 71% dice que sí y un 29% dice que no, al preguntarles que si han sentido que el equipo de salud le cuesta decidir sobre la prioridad de su atención un 22% dice que sí y un 78% dice que no, cuando se les pregunta si el equipo de salud se aprovecha del rol que cumple en la unidad para dar un beneficio en su atención 43% dice que sí 57% dice que no, cuando se les pregunta si consideran que el equipo de salud lo ha desplazado por su patología 56% lo afirman mientras que el 44% lo niega, al preguntarles si han sido excluidos de la unidad al momento de su ingreso por el tipo de afiliación 51% de las respuestas son afirmativas y un 49% negativas, esto es

debido a que la institución tiene como prioridad a los pacientes afiliados, se les pregunta si han sido marginados por el equipo de salud 38% dice que sí 62% dice que no, al preguntarles si el equipo de salud se ha tardado en brindarle atención por su condición política 47% lo afirma y 53% lo niega, al preguntarles si han sentido discriminados por su condición sexual 25% dice que sí y el 75% dice que no, cuando se les pregunta si han sido identificados por su etnia el 12% de las respuestas son positivas y un 88% negativas, Cuando se habla de etnia se refiere a pacientes que provienen de comunidades indígenas estos en ocasiones no conocen otra lengua que no se la de su propia cultura.

Valenzuela. (1995) señala que:

El hospital constituye entonces un sistema social complejo y delicado, en el cual la presencia de multiplicidad de 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.(Pag.25)

El equipo de salud siempre debe de mantener su ética profesional, pues debe tener la comprensión necesaria para poder atender a los usuarios que ingresan al área sin importar, su género, religión, procedencia, condición política, preferencia sexuales, raza u afiliación, ya que la persona se le debe otorgar una atención integral basada en la dignidad inalienable e inherente de cada persona que se encuentra hospitalizada en el área.

Cuadro N° 5

Frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas de los pacientes entrevistados en la unidad de emergencia adulto en relación a las dimensiones de Rasgos Psicológicos, Físicos y Sociales.

Dimensión	Frecuencia de respuestas totales		% respuestas Positivas	% respuestas Negativas	Total %
- Rasgos Psicológicos	SI 199	NO 181	56	44	100%
- Rasgos Físicos	SI 70	NO 310	24	76	100%
- Rasgos Sociales	SI 256	NO 124	38	62	100%
Total	525	615	46%	54%	100%

Fuente: Instrumento Aplicado.

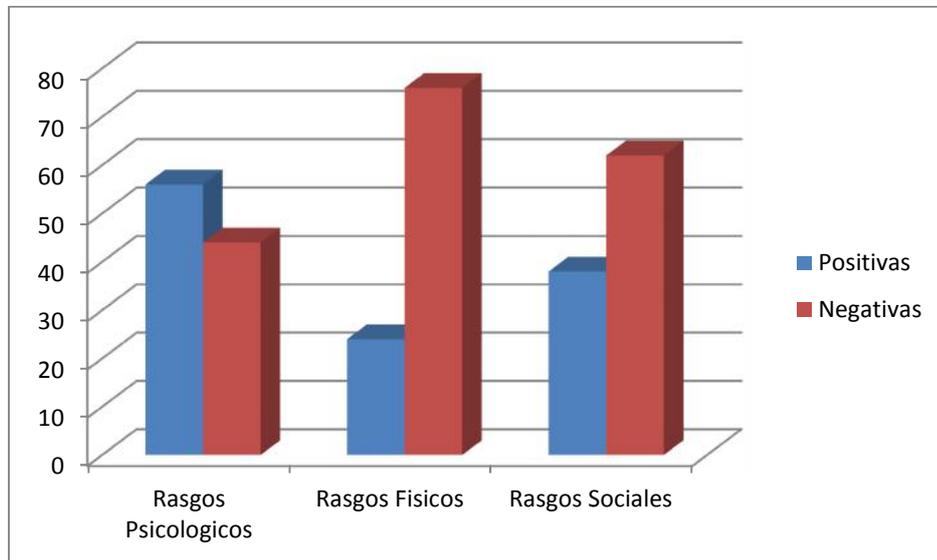


Grafico N° 4. Frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas de los pacientes entrevistados en la unidad de emergencia adulto en relación a las dimensiones de factores Psicológicos, Físicos y Sociales.

En esta grafica se evidencia que el 46% de los entrevistados afirman que si hay rasgos Físicos Psicosociales que generan violencia al equipo de salud durante la atención a los usuarios, mientras que un 54% lo niega, dejando claro que dentro de la institución hay un rango bajo de violencia, sea por rasgos físicos, psicológicos y sociales. Los recursos psicosociales incluyen pensamientos, emociones y conductas, entre otros, para resolver los problemas. Se debe reconocer que las formas de afrontar pueden ser adaptativas, cuando se enfrenta constructivamente los hechos, y desadaptativas, cuando se enfrentan negativamente y se desarrollan respuestas destructivas.

Martínez. (1997) Dice:

El paciente se enfrenta a un medio con estímulos y situaciones diversas que no solamente alteran la satisfacción de necesidades de orden elemental o biológico, como pueden ser el dormir o el alimentarse, sino también aquéllas de orden superior, especialmente las que comprometen su esfera psicoafectiva. (Pag.62).

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- 1- Se le realizó una entrevista a los usuarios atendidos en la Unidad de Emergencia Adulto del Hospital militar “Dr. Carlos Arvelo” y se evidencia que el 46% de los usuarios que ingresan al área han recibido violencia físico psicosocial por el equipo de salud, sin embargo el otro 54% niega recibir por parte del personal algún tipo de violencia, dejando claro que en esta institución se evidencia un rango bajo de violencia físico psicosocial.

- 2- La mayoría de los usuarios atendidos en la Unidad de Emergencia Adulto del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” consideran que si han percibido stress laboral por parte del personal de salud, de los cuales la mayoría de los usuarios expresan que no les explican los procedimientos a realizar, no utiliza las normas de cortesía y a veces evaden las interrogante esto equivale a que el 56% de los encuestados y el otro 44% dijo que no.

- 3- La mayoría de los usuarios que asisten en la Unidad de Emergencia Adulto del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” refieren no percibir ningún tipo de daños físicos por parte del equipo de salud, esto equivale al 76% de los encuestados, no obstante en ocasiones debido al exceso de trabajo el equipo de salud se torna un tanto brusco lo que equivale al 24% de los usuarios.

- 4- Los usuarios que asisten en la Unidad de Emergencia Adulto del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” consideran que durante su estadía en el área, los han tratado de manera inapropiada, clasificándolos en ocasiones por afiliación, etnia y estatus social, haciendo que estos se sientan desplazados o excluidos, afectando así sus emociones y aumentando su ansiedad, de acuerdo a la encuesta realizada el 30% confirmó que sí y el otro 62% dijo que no.

Recomendaciones

1- Se recomienda desarrollar una estrategia de comunicación social permanente, para así evitar cualquier tipo de agresividad ya sea verbal o física dentro del área de emergencia adulto, aplicando una buena comunicación, haciendo que el paciente colabore en cualquier procedimiento a realizar, durante su estadía en el área.

2- Capacitar al equipo de salud sobre la importancia de la orientación educativa del control del stress en área de emergencia adulto, ya que así se podrá obtener un mejor trato hacia los pacientes en cualquier momento u circunstancia. Tomando en cuenta que se le debe Proporcionar unas buenas normas de cortesía para que el paciente se sienta más a gusto dentro del área de emergencia.

3- Se recomienda mantener la cantidad de personal adecuado dentro del área de emergencia, para que de esta manera puedan brindarle una mejor atención a los usuarios, también es importante tomar en cuenta que este personal debe tomar sus días respectivos de descanso ya que este influye también en el trato al usuario.

4-Se recomienda recordarle al personal que deben atender con criterio y ética las emergencias sin importar las condiciones políticas, afiliarías, religiosas y sociales. Tomando siempre en cuenta las respectivas normas de la institución.

5-Seria de interés que a futuro se retomara la investigación realizada para evidenciar, si el equipo de salud del área intrahospitalaria ha mejorado sus actitudes, en cuanto al aspecto físico psicosociales para brindar una óptima atención de los pacientes que

ingresan en el área de emergencia y disminuir los niveles de violencia intrahospitalaria, también reapplicar el instrumento para validar su veracidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Arias. (2006). *El Proyecto de la Investigación. 5ta Edición*. Caracas:Editorial Episteme.

Betancourt y Jiménez. (2006). *Metodología de la Investigación*. Caracas:Venezuela.

Barrios. (2005) *Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis doctorales* Universidad Pedagógica Experimental Libertador Caracas:UPEL

Consejo Internacional de Enfermeras.(CIE-2001) *Instituto de Salud Pública*, (ISP)

Consejo Internacional de Enfermeras.(CIE-1999) La enfermería importa. En línea: http://www.icn.ch/matters_rnptratiosp.htm

Constitución Nacional De La República Bolivariana De Venezuela. (2002). Gaceta Oficial No 5.453

Consejo Internacional de Enfermeras (1999). **Enfermería y violencia**. Boletín Enero-marzo.

Cartas de Derechos del Paciente (1990) Código Internacional de Ética. [http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v108n\(5-6\)p642.pdf](http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v108n(5-6)p642.pdf)

Hernández y Eloy. (2005) *El VIH/Sida y los derechos Humanos: guía básica para Educadores en Derechos humanos*. En línea: http://www.cndh.org.mx/progate/vihsida/libros/guiaeducadores_VIH.pdf.

Manual-de-inducción-para-el-personal-de-la-unidad-de-diálisis
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2412/8>
[consultado 9pm 8-2-11]

Mora,Quintero y Rodriguez.(2004)*Desarrollo de un Programa de Instrucción para evitar la violación de los derechos humanos en la Unidad Educativa Abigail González*: Caracas, Trabajo Especial de Grado, para optar al título de Técnico Superior en Inspección de Salud Pública, Universidad Central de Venezuela.

Organización Internacional del Trabajo, (OIT-1998) *Organización Mundial de la Salud* (OMS-1996). *Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud*. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2006). Prevención de las violencia una prioridad de salud pública. Informe mundial sobre la violencia y la salud. En línea: www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf

Organización de las Naciones Unidas (2007) Declaración de los Derechos Humanos en línea: <http://www.portalplanetasedna.com.ar/derechos.htm>. Disponible en la web. (Consultado 3pm 12-2-11).

Paravic y otros. (2004) Violencia de trabajadores de atención primaria de salud.

En línea: [www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532004000200007](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532004000200007&script=sci_arttext)
&script=sci_arttext (búsqueda en la web) [Consultado 7pm 14-2-11].

Pineda y otros. (1994). Metodología de la investigación. 2da. Edición. Washington.
EE.UU.

[http://ws1.ula.ve/medicina/pacap/pregrado/materia_practica_medica2008/sesion6/der
echos_de_los_pacientes_08.pdf](http://ws1.ula.ve/medicina/pacap/pregrado/materia_practica_medica2008/sesion6/der
echos_de_los_pacientes_08.pdf)

http://bibliotecadigital.conevyt.org.mx/colecciones/conevyt/plan_desarrollo.pdf

<http://www.oni.escuelas.edu.ar/2001/bs-as/violencia/paginas/violenci.htm>

http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/progr_asignat_teor_metod5.htm#Peplau