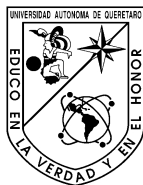


**LIC. EUFROSINA
CASTILLO ARROYO**

**PERCEPCIÓN DEL PACIENTE DE VIOLENCIA
INTRAHOSPITALARIA Y CONOCIMIENTO
ÉTICO-LEGAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA**

2015



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería

**PERCEPCIÓN DEL PACIENTE DE VIOLENCIA
INTRAHOSPITALARIA Y CONOCIMIENTO
ÉTICO-LEGAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA**

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el
grado Maestra en Ciencias de Enfermería

Presenta

LIC. EUFROSINA CASTILLO ARROYO

Directora de Tesis

DRA. MA. ALEJANDRA HÉRNANDEZ CASTAÑÓN

Querétaro, Qro. Septiembre 2015



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería
Maestría en Ciencias de Enfermería

**PERCEPCIÓN DEL PACIENTE DE VIOLENCIA INTRAHOSPITALARIA Y
CONOCIMIENTO ÉTICO-LEGAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
Maestra en Ciencias de Enfermería

Presenta:

LIC. EUFROSINA CASTILLO ARROYO

Dirigido por:

DRA. MA. ALEJANDRA HERNÁNDEZ CASTAÑÓN

SINODALES

Dra. Ma. Alejandra Hernández Castañón
Presidente


Firma

Dra. Aurora Zamora Mendoza
Secretario


Firma

Dra. María del Consuelo Patricia Torres Falcón
Vocal

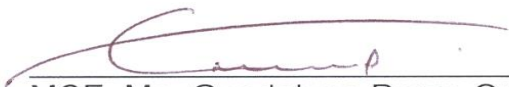

Firma

Dra. Gloria Solano Solano
Suplente


Firma

Dra. María Antonieta Mendoza Ayala
Suplente


Firma


MCE. Ma. Guadalupe Perea Ortiz
Directora de la Facultad


Dra. Ma. Guadalupe Flavia Loarca Piña
Directora de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Septiembre, 2015
México

RESUMEN

Objetivo: Determinar la percepción del paciente sobre violencia intrahospitalaria y su relación con el conocimiento ético-legal del personal de enfermería sobre su práctica, en dos hospitales públicos del estado de Hidalgo. **Metodología:** Diseño cuantitativo, transversal y correlacional. La población en estudio la conformaron 100 pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna y 100 en el servicio de cirugía seleccionados mediante muestreo aleatorio simple, así mismo fue incluido el total de personal de enfermería asignados a los servicios referidos al momento del estudio (110). Para la recolección de datos se utilizó una cédula de identificación de datos sociodemográficos y laborales de los pacientes y personal de enfermería, también se aplicó el cuestionario “Percepción de Violencia en Usuarios Hospitalizados” de Barrios y Paravic, además del instrumento de Ética, Bioética y Legislación elaborado ex profeso para el estudio. Se utilizó estadística no paramétrica para el análisis de datos. En el estudio se contó con el consentimiento informado de pacientes y personal de enfermería que participaron en el estudio, así como la autorización por parte de las autoridades institucionales. Se garantizó en todo momento a confidencialidad y anonimato de la información. **Resultados:** El 79.5% de los pacientes siempre perciben violencia psicológica de personal de enfermería, 88.2% de las enfermeras (os) manifestaron desconocimiento sobre los aspectos legales de su práctica profesional. Las variables percepción del paciente sobre violencia intrahospitalaria y desconocimiento legal de las enfermera no mostró asociación (X^2 , $p= 0.52$) **Conclusión:** no existe asociación entre la percepción de violencia de los pacientes y el desconocimiento ético-legal de las enfermeras, sin embargo, es importante reconocer áreas de oportunidad relacionadas con alta percepción del paciente sobre violencia intrahospitalaria y el desconocimiento legal de la práctica profesional de enfermería, para mejorar la atención de los usuarios.

Palabras clave: Percepción, violencia hospitalaria, pacientes conocimiento, ético- legal, enfermera(o)

SUMMARY

To determine the patients perception of hospital violence and its relation to legal-ethical nursing staff about their practice, knowledge in two public hospitals in the state of Hidalgo. Methodology: Design quantitative, transversal and correlational. The study population was conformed 100 patients hospitalized in the internal medicine and 100 in the surgery department selected by simple random sampling, also it was included the total nursing staff assigned to the services referred to at the time of the study (110). A charter identification of sociodemographic and labor of patients and nursing staff data was used for data collection, the survey "Perception of Violence Users Hospitalized" Barrios and Paravic was also applied, in addition to the instrument Ethics and Bioethics Legislation developed specifically for the study. non-parametric statistics were used for data analysis. The study counted with informed patients and nurses who participated in the study consent and approval by the institutional authorities. It was ensured at all times confidentiality and anonymity of the information. Results: 79.5% of patients always perceive psychological violence of nurses, 88.2% of nurses (I) expressed ignorance about the legal aspects of their professional practice. Variables hospital patient perception of violence and lack of legal nurse showed no association (X^2 , $p= 0.52$). Conclusion: There is no association between the perception of violence from patients and the ethical-legal lack of nurses, however, important to recognize areas of opportunity related to high hospital patient perception of violence and lack of legal practice nursing, to improve users' attention.

Key words:

Perception, hospital violence, patients knowledge, legal ethical, nurse.

DEDICATORIAS

A MI ESPOSO

Por su apoyo incondicional y constante para que concluyera este trabajo. Gracias

AGRADECIMIENTOS

Quero agradecer sinceramente aquellas personas que compartieron sus conocimientos conmigo para hacer posible la conclusión de esta tesis. Especialmente agradezco a mi asesora Dra. Alejandra Hernández Castañón, por su apoyo incondicional y la oportunidad para que se llevara a cabo la Maestría y por su asesoría siempre dispuesta aun a distancia. A la Dra. Consuelo Patricia Torres Falcón por sus ideas y recomendaciones respecto a esta investigación. A la Dra. Aurora Zamora Mendoza por su apoyo en todo momento desde el inicio de la Maestría. Gracias a todos los Maestros que compartieron conmigo sus conocimientos y experiencias. Al Maestro Máximo Ventura Jesús por su ayuda incondicional cuando más lo necesite siempre estuvo dispuesto apoyarme.

Gracias a todos ellos.

ÍNDICE

Resumen	3
Summary	4
Dedicatoria	5
Agradecimientos	6
Índice	7
Índice de Tablas	9
I. Introducción	10
1.1 Planteamiento del problema.....	11
1.2 Justificación.....	15
1.3 Objetivos.....	17
1.4 Hipótesis.....	17
II. Revisión de Literatura	18
2.1 Violencia.....	18
2.2 Seguridad del paciente.....	21
2.3 Aspectos éticos en la prestación de servicios de salud.....	23
2.4 Bioética y principios éticos.....	27
2.5 Implicaciones éticas más comunes en la práctica diaria.....	28
2.6 Deberes del profesional de enfermería (Código Deontológico).....	29
2.7 Derecho de los pacientes (Código Deontológico).....	30
2.8 Aspectos legales que influyen en la práctica profesional de enfermería....	31
2.9 Estudios relacionados.....	33
III. Metodología	36
3.1 Tipo de estudio.....	36
3.2 Población.....	37
3.2.1 Muestra.....	37
3.2.2 Criterios de inclusión.....	38
3.2.3 Criterios de exclusión.....	38
3.2.4 Criterios de eliminación.....	38
3.3 Definición de variables.....	38
3.4 Instrumento de recolección de datos.....	39
3.4.1 Validez y confiabilidad.....	41
3.4.2 Procedimiento para la recolección.....	44

3.4.3 Plan de análisis.....	45
3.5. Aspectos éticos.....	45
IV. Resultados y Discusión.....	47
V. Conclusiones.....	61
Referencias Bibliográficas.....	64
Anexos.....	69
1. Instrumento Percepción de Violencia en Usuarios Hospitalizados.	
2. Instrumento Aspectos Ético – Legal.	
3. Operacionalización de variables.	
4. Consentimiento Informado.	

INDICE DE TABLAS

TABLA	Pág.
4.1 Distribución porcentual de los participantes en el estudio según sexo y edad.....	48
4.2 Servicio, tipo de derechohabiencia y lugar de residencia de los usuarios de servicio participantes en el estudio.....	49
4.3 Distribución porcentual de usuarios de los servicios de salud según su situación laboral actual.....	49
4.4 Ingreso mensual de los pacientes encuestados de los servicios de Medicina Interna y Cirugía, según número de personas que viven en el hogar.....	50
4.5 Violencia Psicológica.....	51
4.6 Violencia Física.....	51
4.7 Violencia Sexual.....	52
4.8 Violencia Institucional.....	52
4.9 Edad, Sexo y Nivel Escolar del personal de Enfermería.....	53
4.10 Nivel Escolar del personal de Enfermería y Servicio Médico donde se ubica.....	54
4.11 Aspectos Éticos.....	54
4.12 Aspectos Bioéticos.....	55
4.13 Aspectos Legales.....	55
4.14 Violencia Psicológica y Conocimiento Ético Legal....	56
4.15 Prueba de Hipótesis.....	57

I. INTRODUCCIÓN

La violencia, tan antigua como el hombre mismo, es tema prioritario de investigación debido a su aumento registrado en los últimos decenios; atravesando fronteras, edad, raza, condición socioeconómica, religión y sexo¹, además de las diversas consecuencias que se presentan en los individuos, familias y comunidad en general, efectos también reconocidos en el ámbito de la salud de las personas, lo que ha llevado a considerar este fenómeno como una epidemia².

En este sentido, la violencia se conceptualiza como cualquier comportamiento físico, psicológico/emocional y/o sexual que, por medio de la acción u omisión, provoca daño a las personas³. La violencia así entendida, 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 implícita⁴.

Así la violencia, con sus negativos efectos tanto en la salud física y mental, está presente en todo lugar en donde el quehacer humano se manifiesta, lo que ha motivado a realizar estudios de esta problemática en los lugares de trabajo, en los que se reconoce que los ambientes laborales más expuestos para la presencia de actos violentos son los de atención sanitaria, en especial en trabajadores que se desempeñan en establecimientos hospitalarios.

En general, cualquiera que sea su orientación, se tiene la tendencia a identificar de inmediato a la violencia con ciertas acciones concretas: golpes, balazos y, en su expresión más elocuente y descarnada la guerra. Es decir, se relaciona con hechos visibles y notorios de la agresión física provocando daños que pueden llegar a producir la muerte. Se conoce también como expresión de violencia aquellas situaciones en las que existe una percepción de mala calidad de servicios o atención, no satisfacción de necesidades de un paciente, proveer de servicios que están muy lejos de las expectativas del usuario, cuando se abusa o se recibe un trato injusto⁵.

Considerando que el paciente es el principal sujeto de atención, su condición de enfermo en un ambiente desconocido, rodeado de innumerables estímulos y dependiente en grados variables del cuidado de otros, esto lo hace vulnerable a comportamientos violentos o a ser una víctima de ellos, sin embargo, este tema no ha sido abordado desde el prisma de quienes reciben la atención de enfermería, existiendo un vacío en el conocimiento sobre la violencia percibida por los pacientes en los medios hospitalarios.

Por lo anterior, la finalidad de esta investigación fue analizar desde la perspectiva del paciente, la violencia intrahospitalaria y así como el conocimiento ético –legal que tiene el personal de enfermería de los Hospitales Generales del I.S.S.S.T.E y Secretaria de Salud de Pachuca, Hidalgo, sobre su práctica profesional. Con este estudio se pretende promover y divulgar los preceptos ético – legales, motivando que se garantice una atención oportuna, con seguridad, responsabilidad y calidad; respetando los derechos de los pacientes así como proporcionar una atención libre de maltrato y violencia intrahospitalaria, para lo cual se tuvo una aproximación cuantitativa, transversal y correlacional.

1.1 Planteamiento del problema

La violencia identificada como fenómeno multicausal⁶, ha sido abordada por diversos estudios desarrollados por la Organización Internacional del Trabajo (OIT)⁷ como problemática en los ambientes de trabajo, concluyendo que algunos ambientes laborales están más expuestos que otros a diferentes tipos de comportamientos violentos.

Entre los trabajadores con mayor riesgo de actos violentos, se encuentran los que se desempeñan en el sector salud, especialmente en el área intrahospitalaria. Para el Consejo Internacional de Enfermería CIE⁸ 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, por lo que la violencia de los funcionarios en el lugar de trabajo puede generar en ellos comportamientos violentos, extendiéndose

hacia los usuarios de los servicios de salud⁹, que representan la base principal de atención en el presente tema de investigación.

En este sentido, la seguridad del paciente es una responsabilidad en el acto del cuidado y dado que el objeto de estudio de enfermería es el cuidado, el profesional de enfermería a nivel internacional está creando una corriente de nuevas estrategias que permitan garantizar la seguridad. Sería conveniente colocar alguna cita que indique que esta situación se da a nivel internacional.

Y con ello, evitar errores en la práctica de enfermería que pueden conducir a eventos adversos definidos como “los daños causados al paciente por un procedimiento cuyo resultado no es atribuible a la enfermedad o condición de salud que origino la búsqueda de atención”¹⁰ y que pueden ser prevenibles.

Ante esta situación, las actividades asistenciales del personal de enfermería, son prioritarias al momento en que las actividades que normalmente deben cumplir las personas en las distintas etapas de la vida en los ámbitos escolar, laboral y social y que aseguran su desarrollo personal y profesional, son afectados por la condición de enfermedad y más aún cuando es necesario su ingreso a un hospital.

La enfermedad coloca al individuo vulnerable a variados estímulos, condiciones e interrelaciones que se desarrollan en este medio en el que adopta o pasa ser incluido en el "status de paciente"¹¹. 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 sentido, para Jiménez¹², señala que en el paciente hospitalizado no solamente se ve afectado en el aspecto económico, en el funcionamiento familiar y las responsabilidades previamente adquiridas, sino también se altera su autoestima y se producen cambios emocionales intensos que requieren de reajustes.

Estos cambios, según Moro¹³, repercuten además en las necesidades de seguridad y de pertenencia, las que se encuentran afectadas en el individuo aquejado por alguna enfermedad. Esta alteración que sufre toda persona enferma se acentúa especialmente cuando el individuo requiere la internación en un establecimiento de salud, ya que la separación del ambiente familiar, conocido y estable por otro ambiente extraño, con una serie de reglamentación interna, relación con múltiples personas y a veces carente de privacidad, potencia los sentimientos de inferioridad y reducción que pueden surgir en las personas.

Este autor señala que la persona enferma es erradicada de su territorio vital a otro generalmente desconocido, por lo que pierde en alguna medida la imagen de sí, aparecen sentimientos de culpa y vergüenza, que aumentan con el tratamiento despersonalizado de los procesos diagnósticos, terapéuticos y asistenciales a los que se ve sometido durante su hospitalización. Entonces las repercusiones de la enfermedad se hacen mucho más evidentes cuando, por su gravedad o por las condiciones socioeconómicas del paciente, imponen la necesidad de hospitalización.

Teniendo presente la realidad crítica en que se vive, caracterizada por una sociedad fragmentada, con elevados niveles de pobreza, desocupación, violencia y marginalidad y un sistema de salud presionado por escasez de recursos, el incremento en las demandas de atención de la población, que a nivel público como privado, ya no sólo acude con una dolencia física sino con problemáticas sociales que representan situaciones más difíciles de resolver.

El quehacer fundamental de la enfermera es servir al usuario y a la comunidad, pero es necesario reglamentar su ejercicio, conocer y cumplir con las leyes referentes a la salud y al bienestar individual y comunitario, en el sentido que una ley es un precepto dictado por la suprema autoridad mediante el cual se ordena o se prohíbe una cosa. En los hospitales, se desarrollan actividades controladas por las leyes existentes, sin embargo, en la práctica diaria de la enfermería han surgido problemas de índole jurídicos, por esta razón las enfermeras se deben responsabilizar de las consecuencias legales y éticas de sus acciones.

Es importante mencionar que la enfermera que obtiene la profesionalización, tiene una responsabilidad humanística, ética y reconocimiento moral más profundo, porque algunos usuarios carecen de sus facultades y se deben convertir en su “protector” mientras se encuentren hospitalizados. En este contexto, el personal profesional de Enfermería, posee capacidad para ejercer su rol con autonomía profesional y responsabilidad moral, sobre base de conceptos y criterios de la Bioética, a partir del conocimiento de su Código de Ética, y los postulados que traducen los intereses del deber ser profesional y los principios de la Bioética.

Sin embargo, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), ha recepcionado desde el 2002 a 2011, 18 quejas y elaboró un análisis sobre las inconformidades, las cuales se encuentran relacionadas con: la terapia intravenosa, incluyendo los procedimientos de instalación, manejo y retiro de catéter, las caídas de pacientes hospitalizados e identificación del paciente al ingreso y egreso hospitalario, y elaboró recomendaciones dirigidas a prevenir el conflicto, a mejorar la práctica de la enfermería y propiciar la adecuada comunicación con el paciente, familia y equipo interprofesional ¹⁴.

En el caso de instituciones como el I.S.S.S.T.E y Secretaría de Salud de Pachuca, Hidalgo, la Subdirección de Gestión de Servicios de Salud, el Área de Quejas y Sistema de Captura, en el 2013 recepcionó de las unidades incorporadas a la red de prestadores de Servicios 231 quejas. De las cuales 207 fueron de Primer de Atención y 24 de Segundo Nivel de Atención; los principales motivos de queja son el surtimiento de medicamentos e insumos, trato digno, el que no se les atiende pronto y la privacidad. ¹⁵

Por lo anterior mencionado se plantearon las siguientes preguntas de investigación:

¿El paciente percibe violencia intrahospitalaria por parte del personal de enfermería de los servicios de Medicina Interna y Cirugía de los Hospitales del I.S.S.S.T.E y Secretaria de Salud de Pachuca, Hidalgo?

¿Existe conocimiento ético legal del personal de enfermería de los servicios de Medicina Interna y Cirugía de los Hospitales del I.S.S.S.T.E y Secretaria de Salud de Pachuca, Hidalgo?

¿Existe asociación entre la percepción del paciente de violencia intrahospitalaria y el conocimiento ético- legal del personal de enfermería de los servicios de Medicina Interna y Cirugía de los Hospitales del I.S.S.S.T.E y Secretaria de Salud de Pachuca, Hidalgo?

1.2 Justificación

Los cambios y el desarrollo de enfermería en los últimos tiempos, ha generado una dinámica positiva en cuanto a la preparación académica. Se espera que más allá de la diversidad entre niveles y entidades formadoras que participan en los cambios, que las virtudes de la Enfermería mantengan coherencia en cuanto sus bases epistemológicas y prácticas sin perder de vista el valor que es propio a la profesión y todo lo que implica.

Al profesional de enfermería no sólo importa administrar diversos procedimientos que exige el quehacer diario, sino estar atentos a las distintas manifestaciones de los pacientes, derivadas de la propia enfermedad, tratamientos y de todo aquello proveniente del medio hospitalario y de relación que surgen en la atención que recibe por el equipo de salud, relación que en los últimos tiempos se ha deteriorado, proporcionando conductas y situaciones que pueden ser consideradas como violentas por los pacientes, perdiendo el principio fundamental de respeto, y que en mayor o menor grado pueden alterar su bienestar¹⁶.

Esta situación en que los pacientes 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 proporcionada, 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; en las instituciones de salud, donde se debe otorgar prestaciones de servicios de salud seguros y de calidad¹⁷.

Es importante mencionar la existencia de leyes que reglamentan la vida del individuo desde que nace hasta que muere; algunas se relacionan con la identidad y otras garantizan el derecho a los servicios de salud, a su protección individual y a la libertad. Hay leyes que sancionan la negligencia e imponen la reparación de los perjuicios cometidos por una persona o institución, de ahí la importancia de que cada enfermera conozca la legislación que rige a la profesión, orientando a quien recurrir en el momento en que se presente una situación de índole legal.

Los hospitales que se encuentran ubicados en la Ciudad de Pachuca, Hidalgo, brinda atención a población abierta y a derechohabientes, por ello se requiere que el personal de enfermería cuente con los conocimientos ético-legales necesarios para poder atenderlo de manera adecuada con eficiencia, calidad y de forma oportuna, evitando verse involucrada en problemas legales que conlleve a la inhabilitación, privación de la libertad y hasta la suspensión definitiva de su ejercicio profesional.

Para llevar a cabo este tipo de servicio, es necesario que el personal de enfermería se capacite día a día, adquiriendo nuevos conocimientos que pueda llevar a cabo en su práctica diaria, por lo que es necesario socializar la presente investigación.

Por lo anterior, se realizó un diagnóstico de la situación de violencia percibida por los pacientes en el contexto de atención de salud, y se dará a conocer al personal de enfermería, con la finalidad de abordar esta problemática basándose en los resultados obtenidos, para proponer estrategias educativas, con objeto de prevenir y/o intervenir si la situación así lo requiere, contribuyendo a eliminar la violencia en las instituciones de salud y otorgar la prestación de servicio de enfermería en hospitales de salud seguros y sin violencia.

1.3 Objetivos

1.3.1 General

Determinar la percepción de los pacientes sobre violencia intrahospitalaria su relación con el conocimiento ético-legal del personal de enfermería de los servicios de Medicina y Cirugía de los Hospitales del I.S.S.S.T.E y Secretaria de Salud de Pachuca, Hidalgo.

1.3.2 Específicos

- Caracterizar a los pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina Interna y Cirugía, según las variables biosociodemográficas.
- Conocer la percepción de los pacientes sobre violencia intrahospitalaria.
- Identificar el conocimiento ético- legal del personal de enfermería.
- Asociar la percepción del paciente sobre violencia intrahospitalaria y el conocimiento ético-legal del personal de enfermería de su práctica.

1.4 Hipótesis

Hipótesis de trabajo (Hi). Existe asociación entre la percepción del paciente de violencia intrahospitalaria y el conocimiento ético - legal del personal de enfermería, adscrita a los hospitales en estudio

Hipótesis nula (Ho). No existe asociación entre la percepción del paciente de violencia intrahospitalaria y el conocimiento ético - legal del personal de enfermería adscrita a los hospitales en estudio

II. Revisión de Literatura

2.1. Violencia hospitalaria.

El hospital, al ofrecer atención sanitaria se constituye en un sistema social complejo y delicado, en el cual la presencia de multiplicidad de personas con distintos roles como profesionales, técnicos, pacientes, alumnos, familiares, entre otros, conforman una red interactiva que puede inducir a desarrollar o modificar actitudes que pueden llevar a hechos agresivos o violentos. 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. ¹⁸

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁹, la define como: El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona, grupo o comunidad, que cause o tenga probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

Burgos y Paravic,²⁰ mencionan que es conveniente reflexionar sobre algunos de los aspectos anteriormente citados, sobre la vivencia del 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 se han analizados con la frecuencia y profundidad que merecen.

Según la experiencia de estas autoras, existe ciertamente una dualidad en la satisfacción de la necesidad de seguridad que experimenta el paciente hospitalizado, 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 esta reglamentación 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, negar el uso de sus propias ropas para ser remplazada por una bata de hospital, entre otras.

Otro aspecto que se considera propio a la hospitalización es la falta de intimidad, definida como toda aquella realidad oculta, relativa a un sujeto o grupo determinado que merece reserva²¹; ésta se ve de alguna manera vulnerada en el paciente hospitalizado. La falta de respeto a la privacidad se manifiesta desde la invasión no sólo a espacio territorial, reducido a una cama y un velador, sino también al ser examinado en la cama de hospital por innumerables personas a las que generalmente desconoce y respondiendo variadas preguntas relativas a su historia de vida personal, muchas veces sin una explicación previa del porqué son necesarios estos procedimientos y estas respuestas. Pareciera ser más importante el órgano afectado que la persona enferma, olvidando el respeto a la desnudez y el pudor del otro.²²

Esto se ha ido presentando en la medida en que la enfermedad monopoliza la atención e inconscientemente se olvida la naturaleza humana de la atención de salud, tornándose ésta fría e impersonal, lo que ha violentado la relación amistosa y de confianza, pasando más bien a un vínculo automatizado²³.

Esta despersonalización crecientemente, en donde la persona ha pasado a un lamentable segundo plano, por el aumento de la demanda asistencial y/o tecnificación en la atención de salud que otorgan los hospitales e instituciones afines, donde la actitud humanizante que debe caracterizar la relación entre prestadores y pacientes se ha ido deteriorando, reduciendo la visión integral del paciente como ser biopsicosocial, adjudicándose el protagonismo a la enfermedad²⁴. Esta visión, que actualmente se manifiesta

en hechos cotidianos que casi son parte de la "normalidad" en las relaciones que se establecen entre los prestadores y los pacientes; en una premura 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 la enfermedad que le aqueja (el de la hernia), 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, la de la 33), y no por su nombre.²⁵

Henderson señala que existen otros signos o situaciones en donde 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 a un segundo plano y que los lleva a sentirse por lo menos incómodos o molestos, como el tutear a los adultos, 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 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.²⁶

Existen probablemente otros hechos que no sólo deterioran la relación entre prestadores y pacientes en el hospital, sino que también vulneran los derechos de éstos últimos, los que, inadvertidamente y en medida, forman parte de la cotidianidad en la atención de salud, reconocida como desigual y diferenciada entre cuidadores y pacientes de hospitales, especialmente en los establecimientos públicos.²⁷

Estos hechos pueden convertir al paciente en una víctima de actos considerados agresivos o violentos, debido a una atención automatizada y falta de privacidad, en la que domina la enfermedad y la técnica, y no el paciente como sujeto principal de la atención. Las profesiones del área de la salud que aspiran el bienestar del individuo deben otorgar una atención integral basada en la dignidad de cada persona que se encuentre hospitalizada.

2.2 Seguridad del paciente.

La enfermería es una profesión con profundas raíces humanistas, genuinamente preocupada por las personas que confían en su cuidado, en especial de quienes experimentan una situación de enfermedad y sufrimiento. Es una actividad formal que aprecia y valora la conciencia colectiva del gremio. Sus fundamentos dan sustento a una práctica, profundamente humanista, que ha evolucionado con el avance científico-técnico. Acorde con su propósito de superación, se acoge a la corriente que tiende a garantizar la calidad en los sistemas de los servicios de salud, que busca satisfacer las necesidades de la sociedad. Así, la calidad se ha convertido en un elemento esencial de los servicios de salud.²⁸

Para cumplir con la misión social se debe implementar estrategias que fortalezcan la identidad profesional, que contribuya al desarrollo de la disciplina, que mejore la organización y que otorgue credibilidad en los servicios de enfermería en las instituciones de salud.

Se puede apreciar dentro de la misión, la dimensión social de la profesión de enfermería, la cual presenta los siguientes criterios²⁹ que rigen la responsabilidad social que se asume:

- Demostrar un compromiso personal y profesional en el acto del cuidado.
- Estar capacitado para desempeñar la profesión.
- Administrar cuidados seguros y continuos.
- Respetar los derechos básicos de los individuos.
- Ser portavoz del paciente y abogar por él.
- Aplicar acciones de prevención, promoción, curación y rehabilitación.
- Evitar riesgos o secuelas.
- Brindar atención de calidad.
- Respetar al individuo sin enjuiciar su orientación sexual, estatus socioeconómico, grupo étnico, problemas de salud o naturales, raza o influencia ideológicas.
- Colaborar en las funciones de liderazgo dentro de un sistema cambiante de atención de salud.

Estos criterios permiten reflexionar para el control del acceso a la profesión y de las formas en que ésta debe ejercerse, lo que hace imprescindible una legitimación, no sólo social, sino legal.

En la actualidad, se imparten cursos sobre la seguridad del paciente, donde se hace énfasis en los siguientes 10 aspectos que permiten su evaluación. Estas metas de acuerdo a la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente son:

1. Identificación del paciente.
2. Comunicación clara.
3. Manejo de medicamentos
 - Paciente correcto.
 - Medicamento correcto.
 - Vía correcta.
 - Dosis correcta.
 - Rapidez correcta.
4. Cirugía y procedimientos.
 - Cirugía o procedimiento correcto.
 - Sitio quirúrgico correcto.
 - Momento correcto.
5. Evitar caída del paciente.
6. Uso de protocolos y guías.
7. Evitar Infecciones nosocomiales.
8. Clima de seguridad.
9. Factores humanos.
10. Hacer partícipe al paciente en la toma de decisiones.

La seguridad del paciente, no es un modismo, ni un nuevo enfoque en los servicios de salud; sino, una responsabilidad en el acto del cuidado. Las intervenciones seguras que de ellos se derivan, tienen la capacidad de producir un impacto positivo sobre la mortalidad, morbilidad, incapacidad y

complicaciones en los usuarios, así como determinar la garantía de la calidad del cuidado.

En este sentido, desde Florence Nightingale, hasta la actualidad, la enfermería siempre ha mostrado disposición y compromiso con la seguridad del paciente y mejorar de manera continua los procesos de atención que brinda. cita

Los principales componentes del cuidado que hacen posible alcanzar los objetivos son: carácter tangible, fiabilidad, rapidez, competencia, cortesía, credibilidad, seguridad, accesibilidad, oportunidad, comunicación y conocimiento de la situación del paciente.³⁰

Brindar cuidados seguros responde a un modo de actuación profesional, elemento esencial en la cultura de calidad que se estampa en los servicios de salud.

La seguridad del paciente implica responsabilidad legal y moral en el ejercicio, práctica de la profesión de forma competente y segura (sin negligencia y mala praxis), así como la autodeterminación y autorregulación

El impetuoso desarrollo del sistema de salud exige recursos humanos cada vez mejores preparados desde el punto de vista técnico, profesional y humano, que puedan enfrentar los desafíos del desarrollo científico-técnico y que respondan a su encargo social al brindar cuidados oportunos, con calidad y libres de riesgo.³¹

2.3 Aspectos éticos en la prestación de servicios de salud.

La atención basada en el respeto es un punto importante del código deontológico del CIE ³² para la profesión de enfermería. Contempla en uno de sus cuatro elementos que regulan la conducta ética de enfermería y las personas que al dispensar cuidados, promoverán un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias de los individuos. El respeto al ser humano y los derechos y deberes que tiene deben condicionar todas las acciones de enfermería. El respeto es un principio que rige desde su concepción hasta el suspiro final y aún más allá de su cuerpo y

después de la muerte, y que no debe ser postergado por los avances tecnológicos.³³

La ética no es cosa de intuición, imaginación, capacidad de persuasión, sentimientos ni urbanidad de estilos de gestión económica y social; sus conclusiones se fundamentan en argumentos lógicos basados en hechos reales. El análisis ético es el que más abarca porque debe considerar todas las dimensiones humanas de cada caso, pero se debe hacerlo con jerarquía".³⁴

En la evolución histórica, los cambios sociales y el posicionamiento de la profesión de Enfermería, se ha observado que desde 1854 en las "Notas de una Enfermera" de Florence Nightingale y su fundamento ético del "deber ser", como valor que se expresa en un conjunto de normas. El documento de Florence Nightingale responde a un momento histórico de la profesión donde se determinan las bases para conformar la profesión desde la apropiación de conocimientos, también responde a la ubicación de la mujer en la sociedad, al rol del médico y al concepto de salud-enfermedad que socialmente se aceptaba a fines del siglo XIX.³⁵

En 1953, en la Ciudad de San Pablo, Brasil, el Consejo Internacional de Enfermería (C.I.E.) promulga el 1er. Código de Ética para las Enfermeras del Mundo. Al analizar y comparar el promulgado en 1973 en la Ciudad de México, se distingue que este nuevo código omite frases que hablan de la enfermería como un servicio físico-social y espiritual, reflejando una visión más profesional y menos "vocacional" del ejercicio profesional.³⁶

El código del 1953, menciona con especial énfasis las "virtudes" de las enfermeras, aludiendo a su vida privada. El código de 1973, hace mención del nivel profesional de la enfermera. También, modifica su relación con el médico; ya no menciona de cumplir inteligentemente y lealmente las órdenes del médico, que parecía quitarle a la enfermera la capacidad de juicio y de responsabilidad, refiere la relación con otros profesionales como equipo multidisciplinario. Se visualiza claramente una imagen más autónoma y profesional.³⁷

En 1984 la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPEN) elabora y publica el Código de Ética al que actualmente Enfermería adhiere, conjuntamente, al del C.I.E. El código del FEPEN, no deja de ser una respuesta a todo el movimiento jurídico y social que suscitó la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Este documento impulsó, positivamente, la definición ética en situaciones nuevas y cambiantes del amplio mundo moral profesional y sanitario que no eran contemplados en los anteriores códigos:

- Derecho a la objeción de conciencia,
- Práctica del consentimiento informado y/o rechazo de tratamiento
- Protección, orientación y deberes con la familia, la comunidad y el ecosistema, etc. ³⁸

El C.I.E en el año 2000. Efectúa una revisión actualizada, reafirmando en el preámbulo el respeto por los derechos humanos, incluido el derecho a la vida, a la dignidad y a ser tratado con respeto. Todo código tiene significado como documento vivo si se aplica a las realidades de la enfermería y de la atención de salud en una sociedad cambiante. ³⁹

Las cuestiones éticas no tienen una respuesta fácil, sencilla, que pueda encontrarse previamente en los códigos de ética o en las leyes. Tanto los códigos como las leyes son importantes para los profesionales de la salud, pero por su naturaleza intrínseca, los códigos y las leyes tienden a estar limitados a declaraciones generales. En la actualidad, los dilemas éticos que con tanta diversidad y frecuencia se plantean; los códigos pueden proporcionarnos directrices generales, pero las enfermeras y enfermeros, como personas y como profesionales de los cuidados de salud, emiten juicios cada día que afectan a las vidas humanas y que tienen influencia en el bienestar de los pacientes, de sus familias y de las personas que conforman una comunidad, así también influyen en la toma de decisiones de los demás profesionales de la salud. ⁴⁰

Existen normas éticas del ejercicio profesional de enfermería que no deben descuidarse, entre las que se tienen: 1) La preservación de vida está por encima de intereses personales. 2) Ser siempre profesional en la atención

a pacientes. 3) No esperar provecho personal o económico por la atención prestada. 4.) No ser cómplice de atención inadecuada o irresponsable por otros (operaciones innecesarias, abortos, tratamientos inadecuados, etc.) 5) Guardar siempre el secreto profesional y no divulgar información relacionada con los pacientes personas no autorizadas. 6) Mantener la armonía, discreción, el respeto y la cooperación con los integrantes del equipo de salud. 7) Brindar trato amable considerado a pacientes y a sus familiares. 8) Es derecho de todo individuo el prepararse para la muerte, la enfermera propiciará el apoyo necesario para dicho acto. 9) Es deber de la enfermera consultar cuando exista duda sobre los procedimientos empleados para la atención del paciente. 10) Los procedimientos que tienen como fin quitar la vida a los pacientes están prohibidos. 11) La enfermera está obligada a respetar al paciente como persona única e indivisible en toda circunstancia. La enfermera nunca deberá olvidar que está obligada a prepararse continuamente, actualizarse y desarrollarse, si se considera que tiene en sus manos el don más preciado del hombre: La Vida.

cita

La Bioética como disciplina que tiene por objeto analizar los problemas éticos que plantean las ciencias de la vida y del cuidado de la Salud, es el estudio sistemático en la perspectiva interdisciplinaria y transdisciplinaria, de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, examinadas a la luz de los valores y de los principios morales, para el respeto y la promoción de la persona, de los seres vivos y del medio ambiente. ⁴¹

La Bioética ha afrontado el desafío de abrir espacio a la discusión y aplicación de valores morales, principios, virtudes, concepciones del bien y de la justicia, la religiosidad y los conceptos sobre situaciones humanas como la vida y la muerte, la enfermedad y la salud, la relación del hombre con la naturaleza, dimensiones que deben entenderse en la pluralidad de un diálogo ético, del reconocimiento como legítimo en la convivencia. Se basa en la reflexión a partir de cuatro principios, la pregunta central para esta disciplina ética se centra en: ¿cuál es el pensamiento correcto y la actuación correcta desde el punto de vista ético en esta situación? Se ocupa de analizar conceptos como son: derechos, obligaciones, deberes y consecuencias. ⁽⁴²⁾

Históricamente, los principios de la Bioética aparecen en el Informe Belmont, que fue presentado al Congreso de los Estados Unidos en 1974 por la llamada "Comisión Nacional para la Protección de los sujetos humanos de la investigación y de comportamiento".⁴³

La moral es un conjunto de normas que regulan el comportamiento de los seres humanos en la sociedad, que son aceptadas en forma libre y consiente por un individuo. La ética es una ciencia normativa, que ya se ocupa de un ideal, es decir no con lo que la conducta humana es, sino con lo que debe ser, determina que es lo correcto o incorrecto.

Si obras "de acuerdo con la ética" se corresponde a obrar con un código definido de ante mano; si me aparto de la norma de la norma constituye una actitud o un comportamiento no ético.

2.4 Bioética y principios éticos.

Beneficencia: hacer el bien, atención de calidad, mantener la competencia y desempeño profesional.

. No Maleficencia: no hacer el mal.

. Autonomía: aceptación del paciente como persona responsable y libre para tomar decisiones, consentimiento informado e información consentimiento.

. Justicia: distribución equitativa de bienestar a cada quien lo suyo. No derrochar recursos, el paciente es primero, atender al más necesitado conseguir lo más adecuado para realizar las acciones de enfermería con independencia del status social.

. Fidelidad: cumplimiento de las obligaciones y compromisos contraídos con el paciente a su cuidado. Secreto profesional es la obligación de guardar reserva sobre la información que atañe al paciente que se atiende, mientras este no autorice a divulgarla.

. Veracidad: decir la verdad, comunicación de errores. Las mentiras piadosas al paciente, ocultar un error de un colega.⁴⁴

El centro de interés profesional es el cuidado de la persona (ser bio-psico social).

Los principios bioéticas y la relación de la enfermera- paciente.

Antes de iniciar la atención a cada paciente, responde las siguientes preguntas:

-¿Cómo puedo mitigar su sufrimiento?

- ¿Qué es lo mejor para proporcionarle la óptima calidad de vida, en correspondencia con su estado?

- ¿Qué haría yo si este paciente fuera mi familiar?

- ¿En qué puedo ayudar o apoyara en esta vida? ⁴⁵

2.5 Implicaciones éticas más comunes en la práctica diaria.

. Falta de información al paciente y a su familia.

. Omisión terapéutica intencionada.

. Confidencialidad de datos: divulgar información.

. Falta de solidaridad y equidad.

. Registros incompletos, ausentes o pobres.

. Autoritarismo terapéutico.

. Falta de seguridad para el paciente.

. Decisión subjetiva más que racional y técnico.

. Abandono del paciente.

. Rutinización, desactualizadas en conceptos y tecnología.

. Atención no siempre equitativa.

- . Desconocimiento del Código Deontológico y la Ley del Ejercicio Profesional.
- . Falta de respeto a la persona, atentando contra su identidad y su intimidad.
- . Prácticas inmorales, ilegales e ilícitas.
- . Ausencia de denuncias por mal praxis.
- . Desensibilización ante el dolor humano.
- . Desarrollo del trabajo individual, no en equipo. ⁴⁶

2.6 Deberes del profesional de enfermería (Código Deontológico).

El comportamiento ético de la enfermera se establece en el respeto a la vida, la dignidad y los derechos del ser humano y son condiciones esenciales que debe poseer todo profesional de la enfermería, ⁴⁷ tales como:

Identidad con su profesión.

- . Vocación de servicio.
- . Habilidades para la interrelación humana.
- . Conocimiento actualizado.
- . Habilidad y destreza en los procedimientos.
- . Conciencia ética para la toma de decisiones.
- . Espíritu innovador y creativo.
- . Liderazgo.
- . Las relaciones interpersonales del profesional de enfermería con el paciente, deben ser estrictamente profesionales, efectuándose dentro de un clima de confianza y respeto mutuo, con la finalidad de proporcionar cuidados de forma holística (biológica, psicológica y social) y que se desprenden del Código de ética⁴⁸; algunos de los principales se describen a continuación

. El profesional de enfermería tendrá la obligación de dar a conocer al usuario su nombre y responsabilidad dentro del equipo de salud.

.El profesional de enfermería reconoce que sus deberes se extienden a la familia del paciente, cuyos derechos siempre subordinados a los del enfermo y deberán ser rigurosamente respetados y protegidos.

. El profesional de enfermería debe recordar que tiene la obligación de informar, adecuadamente a los familiares durante todo el proceso de la enfermedad dentro de los límites de sus competencias y deberes del enfermo.

. El profesional de enfermería está en la obligación de defender y respetar las deudas del enfermo en fase terminal derivados del concepto de muerte y la manera de asumirla.

. Todo profesional de enfermería en razón de su ejercicio deberá mantener el secreto profesional; es importante para protección, amparo, salvaguarda y honor del paciente.

2.7 Derechos de los Pacientes (Código Deontológico).

Así como en el Código de Ética de Enfermería se plantean las características de la prestación de los servicios de enfermería, también se plantean los derechos de los pacientes, con lo cual se establecen los lineamientos para el actuar ético-profesional del personal de enfermería.

El enfermo tiene derecho a;

. Ser tratado con respeto y dignidad, el ambiente de su ubicación debe reunir higiene y confort.

. Atender la solicitud del enfermo de acuerdo a su religión.

. Recibir una atención de elevada calidad por el profesional de enfermería y demás miembros del equipo de salud.

- . Ser informado sobre cualquier procedimiento que debe realizarse para confirmar su diagnóstico.
- . Dar su consentimiento previo a la aplicación de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico y respetar su decisión.
- . Que sean respetadas las confidencias a cerca de su estado de salud.

2.8 Aspectos legales que influyen en la práctica profesional de Enfermería.

Como marco general para la prestación de servicios la Ley General de Salud en el Título Primero de las Disposiciones Generales hace referencia a la protección a la salud, señalando dentro de sus finalidades: el bienestar físico, mental y social; la prolongación y el mejoramiento de la calidad de vida; la extensión de actitudes solidarias; el conocimiento y utilización de los servicios de salud y el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica; todo esto como medio para garantizar la calidad de la prestación de sus servicios en beneficio del individuo y de la sociedad en general y para proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.⁴⁹

La práctica profesional de enfermería implica la responsabilidad de sus juicios y acciones está regida por aspectos legales y éticos propios de la disciplina. El cumplimiento de la responsabilidad jurídica conlleva al profesional a sanciones que pueden ir desde un carácter administrativo hasta las de tipo penal. Es necesario entonces identificar algunos de los motivos en los que se puede incurrir: ⁵⁰

En la reglamentación del artículo 5º Constitucional de la Ley General de Profesiones, el artículo 71 establece la responsabilidad civil en que incurren los profesionistas por las contravenciones que cometen en su desempeño, así como las cometidas por los auxiliares o empleados que estén bajo su inmediata dependencia y dirección, siempre que no hubiera dado las instrucciones adecuadas o éstas hubieran sido causa del daño, motivo por el cual tendrían que sujetarse a lo establecido en la legislación penal o civil respectivamente.⁵¹

El Código Penal para el Distrito Federal en el artículo 328 señala la causa y penalidad a la que se hace acreedor un médico o enfermera que suministre un medicamento evidentemente inapropiado en perjuicio de la salud de un paciente. La sanción podrá ser de 6 meses a tres años de prisión o de 50 a 300 días de salario mínimo de multa y suspensión del ejercicio profesional u oficio por el lapso igual a la pena impuesta.⁵²

Otros documentos de carácter legal que rige la práctica de enfermería son los consignados en la Ley General del Trabajo, en lo que se refiere a contratos colectivos y reglamentos internos de trabajo Institucionales. En este contexto legal que el personal de enfermería ejerce su práctica y es de ahí que puede ser sujeto de sanciones civiles o penales.⁵³

Las civiles se resuelven entre individuos, prestadores y la CONAMED como interlocutora. Las penales se refieren a controversias que se desahogan a través de lo establecido en el Código Penal.

El papel que juega la enfermería dentro del sector salud es de suma importancia, ya que está en contacto directo con el usuario sano o enfermo, en los casos de hospitalización las 24 horas del día, los 365 días del año; están bajo su custodia y responsabilidad, por lo que es necesario que el personal esté actualizado en cuanto a los conocimientos técnicos y científicos, pero además debe conocer las implicaciones legales en las que puede incurrir al ejecutar sus trabajo.

Los problemas legales con los que el personal de enfermería se puede enfrentar son los siguientes:⁵⁴

1. En la ministración de medicamentos.
2. En el trato directo al usuario.
3. En la seguridad del paciente.
4. En la falta de orientación en todos los aspectos al usuario.
5. Revelar secretos.

6. El negarse a otorgar atención de salud a un ciudadano.
7. El realizar su trabajo con negligencia, impericia, imprudencia, inobservancia de los reglamentos.
8. El contestar alguna agresión ya sea verbal o física por parte del paciente, su familia o compañeros de trabajo o de su jefe inmediato.
9. El omitir o hacer de forma incompleta la nota de enfermería.

El personal de enfermería desempeña una actividad fundamental, con fuerte apego a principios científicos y éticos, por lo tanto sus intervenciones permiten fortalecer la calidad en los servicios de salud. De esta manera debe atender las siguientes recomendaciones: mantener una comunicación efectiva; reconocer en la persona su concepción holística; proporcionar cuidados que garanticen la atención libre de riesgos y daños innecesarios; establecer una coordinación efectiva con el equipo interprofesional de salud y actuar con base a los principios éticos que rigen la práctica profesional de enfermería.⁵⁵

2.9 Estudios relacionados.

La violencia, el maltrato a niños, mujeres, ancianos y pacientes psiquiátricos, son fenómenos que han cobrado importancia en la actualidad debido al impacto que generan en la sociedad. Por esta razón, estas situaciones han sido objeto de diversos estudios, que desde sus diversas perspectivas y enfoques intentan brindar conocimientos al personal de enfermería, permitiéndole la creación de propuestas que brinden solución y la erradicación de estos problemas.

Galán⁵⁶, quien realizó una investigación, cuyo objetivo fue analizar las implicaciones éticas y legales en los cuidados de la enfermera(o) en la sala de hospitalización de Psiquiatría masculino del Hospital Militar Dr. Carlos Arévalo; el estudio fue no experimental, descriptivo, de campo y transversal; su población fueron 36 profesionales de enfermería que laboran en área de psiquiatría masculino, a quienes les aplicó una encuesta estructurada de 16 preguntas. Al analizar la información obtuvo que el 75% se ubicó en el nivel de conocimiento medio. Por lo que concluyó: es preocupante que tópicos tan

importantes como los deberes y derechos se ubiquen en un nivel de conocimiento bajo, es decir que sobre las obligaciones y los derechos que establece la ley no se tiene conocimiento lo que representa un factor de riesgo.

Barrios y Paravic⁵⁷, realizaron una investigación, cuyo objetivo principal fue describir la percepción de violencia en el paciente hospitalizado en los servicios de medicina interna y cirugía en un hospital público de la región de la Araucanía; En conclusión: la muestra estuvo conformada por 510 pacientes, 88 de medicina interna y 422 de cirugía durante el año 2008. Algunos de los resultados fueron; un 12.9 % de los pacientes encuestados percibieron violencia durante la atención hospitalaria. Las variables que resultaron significativas fueron, el número de hospitalizaciones anteriores, días de hospitalización actual, el haber sido violentados en la adultez; el consumo de alcohol y tabaco. Por lo que concluyo que existe percepción de violencia a nivel hospitalario.

Medina⁵⁸, tuvo como su objetivo fue: identificar la relación entre la percepción del paciente adulto maduro de cirugía y la calidad de la interacción brindada por la enfermera según la Teoría de Peplau –Hospital Dos de Mayo; su método de investigación fue: cuantitativa, descriptiva, correlacional, de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 92 pacientes de los servicios de cirugía. La recolección de datos se realizó a través de entrevista a los pacientes y la observación de la interacción en dos instrumentos, una lista de cotejo y una guía de observación. El análisis se realizó en el proceso del pre y post operatorio estructurado en cuatro fases, desde el ingreso al alta; cada fase tiene características y fines específicos de cuidado determinados por la teoría de Peplau.

Los principales resultados de este estudio son la existencia de correlación (Chi- cuadrado) de la variable percepción por el paciente y la calidad de la interacción en las Fases: II Identificación, Fase III Aprovechamiento, Fase IV Resolución. No existe relación significativa en la fase I Orientación, por lo que sus Conclusiones fueron: en ambas variables el resultado es de regular a deficiente. El promedio de negatividad en la percepción del paciente es mayor en la cuarta fase (previa alta). El promedio

de negatividad de la variable calidad de la interacción es mayor en la segunda fase (preoperatorio). Hay factores socioculturales que pueden estar influyendo en la percepción del paciente en la primera fase en la que no hay relación con la calidad de la interacción observada.

Paredes y Paravic⁵⁹, realizaron una investigación, cuyo objetivo fue conocer la percepción de violencia de los usuarios de un consultorio y postas de salud y los factores relacionados con ella, basada en el Modelo Interactivo de violencia laboral de Chapell y Di Martino; el estudio fue de tipo transversal correlacional; la muestra fue seleccionada al azar y estuvo constituida por un total de 120 usuarios, a quienes se aplicó, en su domicilio y bajo autorización y confidencialidad, un cuestionario de percepción de violencia en los contextos de atención de salud de Paravic y cols., modificado por la autora para la situación de los usuarios del consultorio y postas de salud. El análisis de datos que arrojó la investigación fue procesado con el programa estadístico SAS;

Dentro de los resultados de este estudio se menciona que el 84,17% de los usuarios percibió violencia. El nivel de violencia percibido fue de una intensidad mediana y alta; de éstos, el 96,75% de los usuarios refirió haber experimentado violencia psicológica, atribuida a características institucionales y de trato humano de los funcionarios de salud. Un 50,83% percibió influencia de la violencia en su salud mental. Los agentes agresores percibidos por los usuarios fueron principalmente funcionarios administrativos y auxiliares paramédicos, siendo identificado el estrés laboral como su causa prioritaria. El SOME y el servicio de urgencia fueron identificados como aquellos lugares donde existe mayor vulnerabilidad a ser violentado. Las variables que resultaron ser predictivas de la percepción de violencia de los usuarios, incluidas en el modelo de regresión logística fueron: edad, escolaridad, número de hijos e ingreso familiar, señalando que aquellos usuarios más jóvenes, con escolaridad completa, con hijos y con un ingreso mayor, son aquellos que perciben mayor violencia en la atención del consultorio.

III. METODOLOGIA.

3.1 Diseño y tipo de estudio.

Diseño de Estudio

Exploratorio:⁶⁰ A través de la aplicación del instrumento de violencia en usuarios hospitalizados, se examinó el tipo de violencia por parte del personal de enfermería y que es percibida por el paciente al momento de recibir la atención en el servicio. De igual forma se identificó el conocimiento de los aspectos éticos y legales entre el personal de enfermería asignados a los servicios de Medicina Interna y Cirugía de los Hospitales Generales del ISSSTE y Secretaria de Salud de Pachuca, Hidalgo; tema de investigación que se ha realizado en otros países pero no en México y en especial en el Estado de Hidalgo

Descriptivo: A través de los instrumentos de medición, se indagó la incidencia de los tipos de violencia percibidas por el paciente hospitalizado en el cuidado que le proporciona el personal de enfermería; que después serán analizados estadísticamente.⁶¹

Correlacional- causal: se describió la relación entre la percepción de violencia del paciente hospitalizado y el conocimiento de aspectos ético legal del personal de enfermería que le proporciona cuidados. Se consideran dos variables en un momento determinado ya sea en términos correlacionales o en función de la relación causa efecto.⁶²

Expost-Facto: Porque se realizó después de que los pacientes fueron atendidos por el personal de enfermería, que por su formación profesional deben contar con conocimientos ético legales, lo que refiere al hecho de que no se manipularon las variables, es decir las variables consideradas existían previamente a la realización del estudio, no se modificó ninguna situación, se observaron situaciones ya existentes no provocadas intencionalmente por el investigador.⁶³

De campo: Se tomaron los datos en el medio ambiente donde se ubicaban los sujetos, es decir una investigación científica no experimental, dirigida a descubrir las relaciones e interrelaciones entre variables ocurridas en estructuras sociales reales y se llevaron a cabo en un medio natural como lo es el hospital.⁶⁴

Tipo de estudio

Transeccional o Transversal: Porque los datos se recolectaron en un sólo momento, en un tiempo único, es decir en los meses de mayo - diciembre del año 2013

3.2 Población.

La población estuvo conformada por pacientes y profesionales de enfermería, con un cálculo del tamaño de la muestra. Donde, N= 150 pacientes de Medicina Interna + 150 pacientes de Cirugía= 300; P= 37 enfermeras x hospital= 108 enfermeras de los Hospitales Generales del I.S.S.S.T.E y Secretaria de Salud de Pachuca, Hidalgo, adscritas a los servicios de Medicina Interna y Cirugía.

3.2.1 Muestra.

La muestra se obtuvo mediante el muestreo probabilístico aleatorio simple, con la siguiente fórmula:

$$n = S^2 / (E^2/Z^2) + (S^2/N),$$

en donde:

S = Desviación estándar poblacional

n = Tamaño necesario de muestra

Z = Margen de confiabilidad

E = Error o diferencia máxima entre la media muestral y la media poblacional que se esté dispuesto a aceptar con un nivel de confianza que se ha definido por lo que sustituyendo valores se obtiene n= 125 pacientes hospitalizados en Medicina Interna y Cirugía. La muestra de enfermería fue tomada del total de la población, donde: N = 110 enfermeras de los Servicios de Medicina Interna y Cirugía de los Hospitales Generales del I.S.S.S.T.E y Secretaria de Salud de Pachuca, Hidalgo.

3.2.2 Criterios de inclusión:

Pacientes conscientes y orientados en tiempo, lugar y espacio.

Personal de enfermería titulado de los turnos, matutino, vespertino, nocturnos y turnos especiales (sábados, domingos y días festivos diurno y nocturno).

3.2.3 Criterios de exclusión.

Pacientes desorientados por su patología y sometidos a ventilador mecánico.

Personal de Enfermería no titulado.

3.2.4 Criterios de eliminación.

Pacientes y enfermeras que omitan contestar la encuesta, que se apoye de otra persona para contestar y que ya no deseen participar, aun cuando hayan firmado el consentimiento.

3.3 Definición de Variables.

Variable dependiente.

Percepción de violencia: acción y efecto de percibir presencia un comportamiento deliberado que resulta, o puede resultar en daños físicos o psicológicos a otros y se lo asocia, aunque no necesariamente, con la agresión, ya que también puede ser psicológica o emocional, a través de amenazas u ofensas.⁶⁵

Variables independientes.

Situación de salud, episodios de violencia psicológica, física, sexual, institucional, agentes agresores, antecedentes personales de riesgo, consumo de alcohol, tabaco, drogas y medicamentos.

Sociodemográficas.

Edad, sexo, lugar de residencia, estado civil, previsión de salud, situación laboral, ingreso familiar, personas a su cargo y Escolaridad.

Variable dependiente.

Conocimiento ético-legal: conducta basada en los valores y exigencias del ser humano en una sociedad en evolución continúa, en la toma de decisiones; también para tomar conocimiento de los valores personales y posibles conflictos con los valores éticos.

Variabes independientes.

Aspectos legales, Código Deontológico de Enfermería, Ley General de Salud, Código Civil y Código Penal

3.4 Instrumento de recolección de datos.

Los datos fueron recolectados con el instrumento Percepción de Violencia en Usuarios Hospitalizados (elaborado y validado por las Doctoras Sara Barrios Casas de la Universidad de la Frontera, Temuco, Chile y Tatiana Paravic Klijn de la Universidad de la Concepción de Chile) cita , que consta de cuatro partes:

A) Antecedentes Generales y de la Salud, el cual se encuentra integrado por: servicio clínico: medicina interna o cirugía, edad, sexo, ciudad donde vive, previsión social, estado civil, escolaridad, ocupación ingreso mensual del grupo familiar, personas que viven en el hogar, padecimiento de alguna enfermedad, si ha estado hospitalizado en los últimos cinco años, cuantas veces y el motivo, causa de hospitalización actual, días que lleva hospitalizado y si durante su hospitalización ha necesitado ayuda para realizar sus actividades diarias;

B) Escala de Percepción de Violencia compuesta por cuatro aspectos de violencia:

B.1. Violencia Psicológica, el cual se encuentra integrado por las siguientes preguntas: al requerir algo en el día acuden a sus llamados, cuando usted llama vienen a verlo de inmediato, al requerir algo en la noche, acuden a sus

llamados, la atención que le brinda el personal que lo atiende, la hace con cariño, cuando usted necesita algo, se lo traen enseguida, la atención que le brinda el personal la hace con frialdad, la atención que le brinda el personal, es brusca y de mala gana, las personas que lo atienden le gritan, las personas que le atienden han sido sarcástico, las personas que lo atienden lo ridiculizan, las personas de más edad son bruscas en la atención, a los pacientes minusválidos o con problemas para movilizarse, el personal los trata de forma brusca, a los pacientes con problemas para movilizarse, el personal los reta en forma frecuente cuando llaman para pedir algo, si usted se siente agredido psicológicamente avisa, si usted se siente agredido psicológicamente, lo acepta pasivamente y no hace nada.

B.2. Violencia Física, integrada por: Las personas que lo atienden lo han golpeado en alguna ocasión, durante su hospitalización, le han tirado el pelo o lo han pellizcado, si usted se siente agredido físicamente, se defiende verbalmente, si usted se siente agredido físicamente avisa, si usted se siente agredido físicamente, lo acepta pasivamente y no hace nada.

B.3. Violencia Sexual, integrada por: las personas que lo atienden le han dicho piropos, durante su hospitalización, se ha sentido acosado o agredido sexualmente, si usted se siente acosado o agredido sexualmente, se defiende verbalmente, si usted se siente acosado o agredido sexualmente avisa, si usted se siente acosado o agredido sexualmente, lo acepta pasivamente.

B.4. Violencia Institucional, integrado por: usted considera que en el servicio, existen limitaciones de recursos materiales, usted considera que en el servicio, existe escasez de horas médicas para satisfacer su atención, usted considera que en el servicio, existe escasez de horas de enfermeras para satisfacer su atención, usted considera que en el servicio, existe escasez de horas de personal auxiliar para satisfacer su atención, los servicios higiénicos(baños) se encuentran limpios e implementados con papel higiénico y jabón, la ventilación de la sala es buena, la calefacción de la sala es buena, la cantidad de pacientes por sala influye a que se generen malos tratos entre pacientes, la cantidad de pacientes por sala influye a que el personal los trate

de mala gana, existe un exceso de trámite para hospitalizarse o para ser dado de alta.

C) Otros Antecedentes de Violencia, integrado por: Agentes agresores: medico, enfermera, nutricionista, asistente social, técnico o auxiliar de enfermería, auxiliar de aseo, alumnos de medicina, alumnos de enfermería, alumnos de nutrición, alumnos de otras carreras, familiares, familiares de otros pacientes, otros: especifique, usted ha percibido violencia, si usted siente que ha percibido violencia durante su hospitalización, cual razón cree que es, en que horario ha percibido violencia, usted diría que la atención en el hospital es buena cuando y

D) Antecedentes Personales de Riesgo, integrado por: usted en alguna etapa de su vida o en algún momento ha sufrido maltrato. 1. En su infancia, usted ha sufrido maltrato, lugar donde ha sufrido maltrato: casa, colegio, otro lugar, especifique, tipo de maltrato, físico, psicológico sexual; 2. En su adultez, usted sufrió maltrato, lugar donde ha sufrido maltrato: casa, colegio, otro lugar, especifique, tipo de maltrato, físico, psicológico sexual; uso de alcohol, drogas y otros, usted consume y en qué frecuencia: alcohol, diario, semanal, mensual, esporádico, cantidad, tabaco, numero de cigarrillos, drogas (marihuana, cocaína, etc.), medicamentos. (Anexo 1)

3.4.1 Validez y Confiabilidad.

El instrumento de Percepción de violencia en Usuarios Hospitalizados, proporcionado por Barrios y Paravic ⁶⁶ para su utilización en el presente estudio esta validado con el criterio que se realizó entre los valores finales de la escala de percepción de violencia de la parte B del instrumento, con la pregunta directa si ha percibido violencia, resultando significativa en las dimensiones: psicológica (0.000), física (0.038) sexual (0.050) y en la escala en su conjunto, sumando cuatro dimensiones un valor de p : 0.008.

El análisis de fiabilidad del instrumento de Percepción de Violencia en Usuarios Hospitalizados, está dada a través del alfa de Cronbach (0.74) y en

las dimensiones de violencia psicológica (0.77). Violencia física (0.6578), violencia sexual (0.70) y violencia institucional (0.64); la versión final del instrumento con un alfa de Cronbach de 0,75.

También se aplicó el instrumento de Ética, Bioética y Legislación (ex profeso para la investigación), que consta de cuatro partes:

I. Antecedentes Generales, el cual se encuentra integrado por: servicio, medicina interna o cirugía, edad, sexo, ciudad en que vive, nivel escolar y estado civil.

II. Aspectos Éticos, integrado por las siguientes preguntas: 1. Los comités nacionales de ética se ocupan de desarrollar líneas de trabajo o enunciar principios generales en materia de bioética; 2. Los aspectos de la ética tratan del bien y el mal de acciones humanas; 3. Los principios éticos de beneficencia, autonomía, justicia y equidad hacen accesibles los servicios de salud y el cuidado de enfermería a todas las personas, sin ningún tipo de discriminación o exclusión; 4. El cuidado de enfermería es un derecho; tiene las características individuales propias de la persona que recibe el cuidado, es respetuoso de los derechos del ser humano, del valor de su vida, su dignidad y sus valores; 5. El cuidado debe ser libre de riesgos, con miras a mantener y proteger su integridad del paciente; 6. El consejo internacional de enfermeras ha declarado que el cuidado de enfermería es una necesidad y un derecho universal; 7. Es responsabilidad del profesional de enfermería orientar sus acciones para ayudar a mantener, proteger y restaurar la salud, evitar las enfermedades, aliviar el sufrimiento y ayudar a mantener la calidad de vida de las personas; 8. El acto de cuidado de enfermería es el ser, la esencia del ejercicio de la profesión; 9. La percepción de la persona que recibe el cuidado lo califica como mal cuidado o cuidado deshumanizado, al sentir o percibir que no se tienen en cuenta su valor y sus derechos como persona.

III. Aspectos Bioéticos, el cual se encuentra integrado de las siguientes preguntas: 1. La bioética, se define como examen de la conducta humana en relación con las ciencias de la vida a la luz de valores y principios morales; 2. A la bioética le interesan los problemas morales; 3. El respeto a la autonomía depende de que las personas estén capacitadas para entender la información y orden de sus creencias y valores para actuar sin controles externos; 4. La

obligación legal que tiene el paciente que se niega a recibir tratamiento es firmar el alta voluntaria siempre y cuando se le haya ofertado todas las alternativas de tratamiento de las que dispone la institución de salud; 5. El derecho a la confidencialidad es un derecho relativo modulado por el derecho a la vida y a la salud de terceros; 6. Si afirmamos que el hombre es libre para elegir, estamos diciendo que es responsable de sus actos; 7. Con respecto a la sociedad, la actividad profesional es una tarea indispensable y esencial; 8. El derecho a la vida es un derecho individual; 9. Los derechos humanos son verdaderas normas jurídicas; 10. La titularidad del derecho a la vida dura hasta la muerte; 11. La responsabilidad jurídica implica la obligación de reparar cuando uno u otro que de él depende ha producido un daño.

IV. Aspectos legales: se integra por las siguientes preguntas: 1. De acuerdo a la Ley General de Salud, el consentimiento informado debe ser voluntario y sin ningún tipo de coacción; 2. La Ley General de Salud, menciona que el consentimiento informado es un proceso de comunicación entre el profesional y el paciente respecto a su problema de salud; 3. Termina la obligación de guardar el secreto profesional que recoge el código deontológico; 4. El derecho a la protección de la salud implica que toda persona tiene derecho a que se establezcan medidas para proteger la salud; 5. El profesional de enfermería está obligado a permanecer en el servicio; 6. A la hora de valorar la corrección del acto profesional, se ha de tener en cuenta la propia capacidad y actualización de conocimientos; 7. La obligación de los profesionales de salud es generalmente de medios y excepcionalmente de resultados; 8. La responsabilidad jurídica implica la reparación del daño cuando se cause por negligencia, impericia o dolo; 9. En el delito de abandono de servicio, el riesgo para la salud se configura como algo abstracto; 10. Para ejercer la enfermería se requiere tener título y cédula profesional expedida por la Dirección de Profesiones; 11. Los niños y adultos, se consideran personas incapaces; 12. La indiferencia o frialdad en el trato puede ser sancionado por la ley; 13. En el caso de violación o lesiones dolosas, se puede dar parte al Ministerio Público aun y cuando se trate de personas con capacidad para ejercer sus derechos; 14. El no llamar por su nombre al paciente se considera acto violento; 15. El cumplimiento de la responsabilidad jurídica conlleva al profesional a sanciones de carácter administrativo, civil y penal; 16. El artículo 71 de la Ley General de

Profesiones establece la responsabilidad civil en que incurren los profesionales por contravenciones que cometen en su desempeño; 17. Otros documentos legales que rigen la práctica de enfermería son la Ley Federal del Trabajo y la Ley de Responsabilidad de los Servidores Públicos; 18. Las demandas civiles se resuelven entre individuos, prestadores y la Comisión de Arbitraje Médico. (Anexo No. 2)

Para obtener la validez del instrumento de Ética, Bioética y Legislación se aplicó una prueba piloto a un grupo de 38 enfermeras, del Hospital del ISSSTE del servicio de urgencias de los diferentes turnos, las cuales contestaron todas las preguntas.

El análisis de fiabilidad del instrumento, el valor del alfa de Cronbach (.895) en el aspecto ético, aspecto bioético y aspecto legal, la versión final del instrumento con un alfa de Cronbach de (.879).

3.4.2 Procedimiento para la recolección.

El proyecto de investigación se sometió al Comité de Investigación de Posgrado de la Facultad de Enfermería y ante las autoridades correspondientes de la Secretaría de Salud, para su aprobación.

Posteriormente, se realizó entrevista con el líder de enfermería, la finalidad fue revisar la plantilla del personal de servicio de Medicina Interna y Cirugía, seleccionando al personal que cumplió con los criterios de inclusión, a quienes se solicitó su participación y proporcionó consentimiento informado. Una vez realiza la selección, se procedió a la aplicación del cuestionario Ética y Legislación en cada turno y de forma colectiva al personal de enfermería, en el lugar designado para la aplicación, para la cual se dio lectura a los objetivos del trabajo de investigación.

Para la aplicación del instrumento Violencia en Usuarios Hospitalizados, se revisó el censo de pacientes de Medicina Interna y Cirugía por día, seleccionando a los que reunieron los criterios de inclusión, se les dio a

conocer el objetivo de la investigación, se solicitó su participación y a los que aceptaron se le otorgó consentimiento informado y una vez que firmaron se les aplicó el cuestionario.

3.4.3 Plan de análisis.

Para el análisis de los datos del instrumento de Percepción de Violencia en Usuarios Hospitalizados y de Aspectos Ético Legales, se elaboró una base de datos electrónica en el programa SPSS. 20, se aplicó estadística descriptiva para determinar el perfil de la muestra, como distribución de frecuencias, media, desviación y estándar; para establecer asociaciones de variables se utilizó X^2 para el análisis inferencial.

3.5 Aspectos éticos.

El estudio consideró todos los aspectos éticos y legales como lo menciona la Ley General de Salud en base a lo siguiente:

Artículo 100. La investigación en seres humanos se desarrollara conforme a las siguientes bases:

- I. Adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.
- II. Realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo.
- III. Efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.
- IV. Contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizara la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquel, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.
- V. Realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación; y

VII. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.

Por lo anterior, se solicitó autorización en los Comités de ética de los Hospitales a estudiar y de los Servicios de Salud; a los pacientes y personal de enfermería participante, se solicitó su consentimiento informado informando los objetivos, beneficios y posibilidad de abandonar el estudio si lo considera pertinente, asegurando el anonimato y la confidencialidad de los datos otorgados.⁶⁷

IV. Resultados y discusión

4.1 Estadística descriptiva.

Como primer análisis y con el objetivo de describir las características sociodemográficas de los participantes en el estudio, se empleó estadística descriptiva, como son frecuencias y tablas de contingencia de las variables: edad y sexo, derechohabiente, zona donde vive y servicio clínico, situación laboral e ingresos; resultados que se describen a seguir:

a) Estadísticos sociodemográficos: Instrumento Violencia

En la Tabla No. 4.1 se observa la distribución porcentual según sexo con un 58% de participantes del sexo femenino, tanto para hombres como mujeres, los mayores porcentajes fueron para las personas con edades en la fase etaria de adulto joven.

Tabla 4.1. Distribución porcentual de los usuarios participantes en el estudio según sexo y edad.

Sexo	Edad							Total
	18 - 29 años	30 - 39 años	40 - 49 años	50 - 59 años	60 - 69 años	70 - 79 años	80 o más años	
Femenino	22 11%	21 10.5%	17 8.5%	21 10.5%	15 7.5%	14 7%	6 3%	116 58%
Masculino	12 6%	16 8%	9 4.5%	11 5.5%	20 10%	10 5%	6 3%	84 42%

Fuente: Cuestionario de violencia laboral de Chappell y Di Martino adaptado al usuario hospitalizado. Barrios Paravic-Klijn y Burgos (2013).

En la Tabla No. 4.2 relacionada con las variables de servicio clínico, derechohabiente y zona donde vive, se observa que 76 pacientes de 110 encuestado en el servicio de medicina interna, viven en zona urbana, son derechohabientes del ISSSTE y Seguro Popular y sólo 34 sujetos viven en zona rural. En el servicio de cirugía se observa que de 90 pacientes

encuestados, 66 de ellos viven en zona urbana, son derechohabientes del ISSSTE y Seguro Popular y sólo 24 sujetos viven en zona rural.

Tabla 4.2 Servicio, tipo de derechohabiencia y lugar de residencia de los usuarios de servicio participantes en el estudio.

Servicio Clínico	Tipo de derechohabiencia	Lugar de residencia		Total
		Urbana	Rural	
Medicina Interna	ISSSTE	47	20	62
		42.7%	18.1%	56.3%
	SEGURO POPULAR	29	14	48
		26.3%	12.7%	43.6%
		76	34	110
		69.1%	30.9%	100%
Cirugía	ISSSTE	38	14	52
		42.2%	15.5%	57.7%
	SEGURO POPULAR	28	10	38
		31.1%	11.1%	42.2%
		66	24	90
		73.3%	26.7%	100%
Medicina/ Cirugía	ISSSTE	80	34	114
		40%	17%	57%
	SEGURO POPULAR	62	24	86
		31%	12%	43%
		142	58	200
		71%	29%	100%

Fuente: Cuestionario de violencia laboral de Chappell y Di Martino adaptado al usuario hospitalizado. Barrios Paravic-Klijn y Burgos (2013).

En relación con la situación laboral actual de los pacientes encuestados, 46.0% de ellos son trabajadores activos y derechohabientes del ISSSTE y Seguro Popular y sólo 22% pacientes son jubilados y derechohabientes al ISSSTE y Seguro Popular (Tabla 4.3)

Tabla No. 4.3 Distribución porcentual de usuario de los servicios de salud según su situación laboral actual.

Usuario de los servicios	Situación Laboral			
	Trabajador activo	Desempleado	Jubilado	Ama de casa
ISSSTE	50 25%	10 5%	40 20%	20 10%
SEGURO	42	10	4	24

POPULAR	21%	5%	2%	12%
	92	20	44	44
Total	46%	10%	22%	22%

Fuente: Cuestionario de violencia laboral de Chappell y Di Martino adaptado al usuario hospitalizado. Barrios, Paravic-Klijn y Burgos (2013).

En la Tabla No. 4.4 se observa que 42 pacientes encuestados viven con 2 a 4 personas y tiene un ingreso mensual de \$6,000 a \$10,000 pesos y sólo 3 sujetos viven solos y tiene ingresos mensuales de \$11,000 a \$15,000 pesos.

Tabla 4.4 Ingreso mensual de los pacientes encuestados de los servicios de Medicina Interna y Cirugía, según número de personas que viven en el hogar.

	\$3,000 - \$5,000	\$6,000 - \$10,000	\$11,000 - \$15,000	\$16,000 o más	Sin respuesta	Total
Vive sólo	4 2%	4 2%	3 1.5	0	3 1.5%	14 6%
2 - 4 personas	39 19.5%	42 21%	10 5%	8 4%	20 10%	119 59.5%
5 - 7 personas	13 6.5%	29 14.5%	9 4.5%	3 1.5%	11 5.5%	65 32.5%
8 o más personas	0	2 1%	0	0	0	2 1%
	56 28%	77 38.5%	22 11%	11 5.5%	34 17%	200 100%

Fuente: Cuestionario de violencia laboral de Chappell y Di Martino adaptado al usuario hospitalizado. Barrios, Paravic-Klijn y Burgos (2013).

En la Tabla No. 4.5 se observa que el 79.1% de los pacientes encuestados mencionaron que siempre la atención que le brinda el personal, lo hace con frialdad, brusca y de mala gana, que las personas que lo atienden le gritan, han sido sarcásticas y lo ridiculizan, que las personas de más edad son bruscas en la atención, que a los pacientes minusválidos o con problemas para movilizarse, el personal los trata de forma brusca y que los retan en forma frecuente cuando llaman para pedir algo, si se sienten agredidos psicológicamente, lo aceptan pasivamente y no hacen nada.

Tabla No. 4. 5 Violencia Psicológica

	Frecuencia	Porcentaje
Rara vez	1	0.5
Algunas veces	8	4
La mayoría de las veces	32	15.9
Siempre	159	79.5
Total	200	100

Fuente: Cuestionario de violencia laboral de Chappell y Di Martino adaptado al usuario hospitalizado. Barrios, Paravic-Klijn y Burgos (2013).

Por otra parte, el 70.1% de los pacientes manifestaron percibir violencia física siempre y 3.5 la mayoría de las veces. (Tabla 4.6)

Tabla No. 4.6 Percepción de Violencia Física por parte del usuario

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	13	6.5
Rara vez	25	12.4
La mayoría de las veces	7	3.5
Siempre	141	70.1
Total	200	100

Fuente: Cuestionario de violencia laboral de Chappell y Di Martino adaptado al usuario hospitalizado. Barrios, Paravic-Klijn y Burgos (2013).

En la tabla No. 4.7 Se observa que el 90.5% de los pacientes encuestados siempre percibieron violencia sexual referente a las personas que lo atienden, en términos de percibir que le han dicho piropos obscenos, se han sentido acosados o agredidos sexualmente además de que lo han aceptado pasivamente y no se hace nada.

Tabla No. 4.7 Violencia Sexual

	Frecuencia	Porcentaje
Algunas veces	5	2.5
La mayoría de las veces	14	7
Siempre	181	90.5
Total	200	100

Fuente: Cuestionario de violencia laboral de Chappell y Di Martino adaptado al usuario hospitalizado. Barrios, Paravic-Klijn y Burgos (2013).

En la Tabla No. 4.8, se observa que el 33% de los pacientes encuestados refirió que algunas veces percibió violencia institucional, el 19.5% expresó que la mayoría de veces percibió violencia y sólo un 5.5% opinó que nunca ha percibió violencia.

Tabla No. 4.8 Violencia Institucional

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	11	5.5
Rara vez	65	32.5
Algunas veces	66	33.5
La mayoría de las Veces	39	19.5
Siempre	19	9.5
Total	200	100

Fuente: Cuestionario de violencia laboral de Chappell y Di Martino adaptado al usuario hospitalizado. Barrios, Paravic-Klijn y Burgos (2013).

b) Estadísticos Sociodemográficos. Instrumento Ético- Legal

De las 110 enfermeras encuestadas, 18 cuentan con estudios de Enfermeras Generales, del sexo femenino y 1 masculino y su edad se encuentra entre los 30 – 39 años, 14 tienen estudios de licenciatura, son del sexo femenino y tienen entre 30 – 39 años y sólo 1 cuenta con estudios de Posgrado, es del sexo masculino y su edad se encuentra entre 18 - 29 años. (Tabla 4.9)

Tabla No. 4.9 Edad, Sexo y Nivel Escolar del personal de Enfermería.

Nivel escolar			Sexo		Total
			Femenino	Masculino	
Posgrado	Edad	18 -29 años		1	1
	Total			1	1
Licenciatura de Enfermería	Edad	18 - 29 años	7	4	11
		30 -39 años	14	0	14
		40 - 49 años	4	2	6

		50 o más	0	2	2
	Total		25	8	33
Enfermera con Postécnico	Edad	18 -29 años	4	1	5
		30 - 39 años	4	0	4
		40 - 49 años	7	2	9
		Total	15	3	18
Enfermera General	Edad	18 -29 años	10	2	12
		30 -39 años	18	1	19
		40 -49 años	14	2	16
		50 o más años	11	0	11
Total		53	5	58	
TOTAL	Edad	18 -29 años	21	8	29
		30 -39 años	36	1	37
		40 -49 años	25	6	31
		50 o más años	11	2	13
Total		93	17	110	

Fuente: Cuestionario de ética, bioética y legislación. Elaboración propia.

Respecto al servicio de adscripción, se muestra que 31 Enfermeras se ubican en el servicio de Cirugía, 27 en Medicina Interna y su Nivel Escolar es de Enfermera General, con licenciatura 19 enfermeras se encuentran laborando en el servicio de medicina interna, 14 en cirugía y sólo 1 con estudios de posgrado en el servicio de cirugía (Tabla 4.10).

Tabla No. 4.10 Nivel Escolar del personal de Enfermería y Servicio Médico donde se ubica.

		Posgrado	Licenciatura de Enfermería	Enfermera con Pos técnico	Enfermera General	Total
Servicio	Medicina Interna	0	19 17.2%	8 7.2%	27 24.5%	54 49.9%
	Cirugía	1 0.9%	14 12.7	10 9%	31 28.1%	56 50.9%
Total		1 0.9%	33 30%	18 16.3%	58 52.8%	110 100%

Fuente: Cuestionario de ética, bioética y legislación. Elaboración propia.

Se observa que el 87.3% de enfermeras encuestadas contestaron a veces, 11.8% enfermeras contestaron nunca y sólo 0.9% enfermera contestó siempre a las preguntas sobre aspectos éticos, lo que implica un conocimiento no fuerte (Tabla 4.11)

Tabla No. 4.11 Conocimientos de Aspectos Éticos

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	13	11.8
A veces	96	87.3
Siempre	1	0.9
Total	110	100

Fuente: Cuestionario de ética, bioética y legislación. Elaboración propia.

En relación con los aspectos bioéticos, el 63.6% del personal de enfermería encuestado contestó nunca, el 28.2% a veces y sólo un 8.2% contestó, es decir, hay un mayor desconocimiento en este rubro

Tabla No. 4.12 Aspectos Bioéticos

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	70	63.6
A veces	31	28.2
Siempre	9	8.2
Total	110	100

Fuente: Cuestionario de ética, bioética y legislación. Elaboración propia.

En relación con los aspectos legales, en la Tabla No. 4.13, se observa que el 88.2% del personal de enfermería encuestado respondió las preguntas planteadas con un a veces, el 8.2% con nunca sólo un 3.6% con siempre; por lo que se observa un alto desconocimiento.

Tabla No. 4.13 Aspectos Legales

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	9	8.2

A veces	97	88.2
Siempre	4	3.6
Total	110	100

Fuente: Cuestionario de ética, bioética y legislación. Elaboración propia.

En la tabla No. 4.14, se puede observar que 90 de 110 enfermeras (90%), respondieron que a veces conocen aspectos legales, las cuales a su vez siempre ejercen violencia psicológica en pacientes hospitalizados.

Tabla No. 4.14 Violencia Psicológica y Conocimiento Ético Legal

		Violencia Psicológica			Total
		Algunas Veces	Mayoría de Veces	Siempre	
Aspectos Legales	Nunca	1	1	6	8
		0.9	0.9	5.4%	7.3%
	A Veces	3	5	90	98
		2.7%	4.5%	82%	89.1%
Siempre	0	0	4	4	
	0	0	3.6%	3.6%	
Total		4	6	100	110
		3.6%	5.4%	91%	100%

Fuente: Elaboración propia.

Estadística No Paramétrica

El planteamiento de las hipótesis analizar son las siguientes:

Ho: No hay asociación entre la percepción de los pacientes de violencia del personal de salud, en los hospitales, y el conocimiento ético-laboral del personal de enfermería.

Hi: Existe hay asociación entre la percepción de los pacientes de violencia del personal de salud, en los hospitales, y el conocimiento ético-legal del personal de enfermería.

Como se puede observar en la tabla 15, la prueba X^2 de Pearson, arrojo un valor de $p = 0.525 > 0.05$, lo cual significa que la probabilidad de que la hipótesis nula sea verdadera, es alta, por lo tanto se acepta.

Tabla No. 4.15 Prueba Chi – Cuadrado

	Conocimiento ético legal
Chi cuadrada	Valor p
Percepción de violencia	0.525

4.2 Discusión.

La violencia se conceptualiza como cualquier comportamiento físico, psicológico/emocional y/o sexual que, por medio de la acción u omisión, provoca daño a las personas⁶⁸. La violencia así entendida, 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 implícita⁶⁹.

Se conoce también como expresión de violencia, a aquellas situaciones en las que existe una percepción de mala calidad de servicios o atención, no satisfacción de necesidades de un paciente, proveer de servicios que están muy lejos de las expectativas del usuario, cuando se abusa o se recibe un trato injusto⁷⁰.

En general, cualquiera que sea su orientación, se tiene la tendencia a identificar de inmediato a la violencia con ciertas acciones concretas: golpes, balazos y, en su expresión más elocuente y descarnada la guerra. Es decir, se relaciona con hechos visibles y notorios de la agresión física provocando daños que pueden llegar a producir la muerte. Se conoce también como expresión de violencia aquellas situaciones en las que existe una percepción de mala calidad de servicios o atención, no satisfacción de necesidades de un paciente, proveer de servicios que están muy lejos de las expectativas del usuario, cuando se abusa o se recibe un trato injusto⁷¹.

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, por lo que la violencia de los funcionarios en el lugar de trabajo, puede generar en ellos comportamientos violentos, extendiéndose hacia los usuarios de los servicios de salud⁷², que representan la base principal de atención en el presente tema de investigación.

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

Estos cambios, según Moro⁷³, repercuten además en las necesidades de seguridad y de pertenencia, las que se encuentran afectadas en el individuo aquejado por alguna enfermedad. Esta alteración que sufre toda persona enferma se acentúa especialmente cuando el individuo requiere la internación en un establecimiento de salud, ya que la separación del ambiente familiar, conocido y estable por otro ambiente extraño, con una serie de reglamentación interna, relación con múltiples personas y a veces carente de privacidad, potencia los sentimientos de inferioridad y reducción que pueden surgir en las personas.

Considerando el objetivo planteado para la presente investigación que fue determinar la asociación entre la percepción de los pacientes de violencia intrahospitalaria y el conocimiento ético-legal del personal de enfermería de los servicios de Medicina y Cirugía de los Hospitales del I.S.S.S.T.E y Secretaria de Salud de Pachuca, Hidalgo, con el fin de identificar áreas de oportunidad que conduzca a una mejora en el conocimiento del personal de enfermería sobre aspectos éticos-legales y estar en condiciones de proporcionar atención

de calidad y libre de violencia hospitalaria, se muestran una percepción no favorable hacia la atención otorgada por enfermería.

Un alto porcentaje (79.1%), de los pacientes hospitalizados en estudio percibieron violencia psicológica por el personal de enfermería, hallazgo que concuerda con las quejas que se presentaron en el sector salud del Estado, de las cuales 207 fueron de Primer de Atención y 24 de Segundo Nivel de Atención; los principales motivos de queja son el surtimiento de medicamentos e insumos, trato digno, el que no se les atiende pronto y la privacidad,⁷⁴ es decir que a excepción del surtimiento que es un aspecto fuera de control de personal de enfermería, los restantes motivos de quejas dependen de la forma en que se proporciona la atención.

Otro aspecto que se considera propio a la hospitalización es la falta de intimidad, definida como toda aquella realidad oculta, relativa a un sujeto o grupo determinado que merece reserva⁷⁵; ésta se ve de alguna manera vulnerada en el paciente hospitalizado. La falta de respeto a la privacidad se manifiesta desde la invasión no sólo a espacio territorial, reducido a una cama y un velador, sino también al ser examinado en la cama de hospital por innumerables personas a las que generalmente desconoce y respondiendo variadas preguntas relativas a su historia de vida personal, muchas veces sin una explicación previa del porqué son necesarios estos procedimientos y estas respuestas. Pareciera ser más importante el órgano afectado que la persona enferma, olvidando el respeto a la desnudez y el pudor del otro.⁷⁶

Henderson señala que existen otros signos o situaciones en donde 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 a un segundo plano y que los lleva a sentirse por lo menos incómodos o molestos, como el tutear a los adultos, 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. ⁷⁷Paredes y Paravic,⁷⁸ en su investigación de percepción de violencia de los usuarios de un consultorio y puestos de salud y los factores relacionados con ella, reportaron en su estudio que el 84.17% de los usuarios percibieron violencia. El nivel de violencia percibida fue de una intensidad mediana y alta; de estos, el 96.75% de los usuarios experimento violencia psicológica, atribuida a características institucionales y de trato humano de los funcionarios de salud.

Estos datos coinciden con el tipo de violencia psicológica encontrado en el presente estudio. Esta situación no es reportada a las autoridades del hospital debido al miedo recibir represalias en la atención médica.

Burgos y Paravic ⁷⁹, mencionan que es conveniente reflexionar sobre algunos de los aspectos anteriormente citados, sobre la vivencia del 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 se han analizados con la frecuencia y profundidad que merecen.

Estos criterios permiten reflexionar para el control del acceso a la profesión y de las formas en que ésta debe ejercerse, lo que hace imprescindible una legitimación, no sólo social, sino legal. Elliot en 1975, planteó "...las profesiones pretenden tener responsabilidad única sobre algún aspecto del bien público y saber cómo conseguir ese bien". ⁸⁰

Por otra parte, el impetuoso desarrollo del sistema de salud exige recursos humanos cada vez mejor preparados desde el punto de vista técnico, profesional y humano, que puedan enfrentar los desafíos del desarrollo científico-técnico y que respondan a su encargo social al brindar cuidados oportunos, con calidad y libres de riesgo.⁸¹

En este sentido, el comportamiento ético de la enfermera se establece en el respeto a la vida, la dignidad y los derechos del ser humano y son condiciones esenciales que debe poseer todo profesional de la enfermería, ⁸²

tales como la extensión de actitudes solidarias; el conocimiento y utilización de los servicios de salud y el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica; todo esto como medio para garantizar la calidad de la prestación de sus servicios en beneficio del individuo y de la sociedad en general y para proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.⁸³

El C.I.E en el año 2000, efectúa una actualización reafirmando en el preámbulo el respeto por los derechos humanos, incluido el derecho a la vida, a la dignidad y a ser tratado con respeto. Todo código tiene significado como documento vivo si se aplica a las realidades de la enfermería y de la atención de salud en una sociedad cambiante.⁸⁴

En la actualidad, los dilemas éticos que con tanta diversidad y frecuencia se plantean; los códigos pueden proporcionarnos directrices generales, pero las enfermeras y enfermeros, como personas y como profesionales de los cuidados de salud, emiten juicios cada día que afectan a las vidas humanas y que tienen influencia en el bienestar de los pacientes, de sus familias y de las personas que conforman una comunidad, así también influyen en la toma de decisiones de los demás profesionales de la salud.⁸⁵

Con base a lo anterior, se identifica como un área de oportunidad el hecho que el 88.2% del personal de enfermería encuestado no posee el suficiente conocimiento sobre aspectos legales, debido a las respuestas que proporcionaron, porque las leyes se deben interpretar conforme a la letra y no por analogía o mayoría de razón de los juzgadores.⁸⁶

Este hallazgo coincide con el estudio realizada por Galán,⁸⁷ al analizar las implicaciones éticas y legales en los cuidados de la enfermera(o) en la sala de hospitalización de Psiquiatría masculino del Hospital Militar Dr. Carlos Arévalo; pues obtuvo que el 75% se ubica en el nivel de conocimiento medio.

Es preocupante que exista desconocimiento en aspectos importantes como los deberes y derechos que establece la ley, lo que representa un factor de riesgo en la atención que proporciona el personal de enfermería a los pacientes y en especial a los hospitalizados.

Otros documentos de carácter legal que rige la práctica de enfermería son los consignados en la Ley General del Trabajo, en lo que se refiere a contratos colectivos y reglamentos internos de trabajo Institucionales. En este contexto legal en que el personal de enfermería ejerce su práctica y es de ahí que puede ser sujeto de sanciones civiles o penales. ⁸⁸

El personal de enfermería desempeña una actividad fundamental, por lo tanto sus intervenciones deben fortalecer la calidad en los servicios de salud, por lo que de esta manera, la Comisión Interinstitucional de Enfermería ⁸⁹, propone que para una práctica ética de la profesión, el personal de enfermería debe atender las siguientes recomendaciones: mantener una comunicación efectiva; reconocer en la persona su concepción holística; proporcionar cuidados que garanticen la atención libre de riesgos y daños innecesarios; establecer una coordinación efectiva con el equipo interprofesional de salud y actuar con base a los principios éticos que rigen la práctica profesional de enfermería.

V. Conclusiones

En relación al objetivo de caracterizar a los pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina Interna y Cirugía, según las variables biosociodemográficas, el sexo que predomina es el femenino y la edad es menor a 60 años, viven en zonas urbanas, son derechohabientes del ISSSTE, trabajadores activos, tienen ingresos mensuales de hasta \$10,000.00 y viven con más personas. Como se observa este objetivo se cumplió.

Continuando con el objetivo específico de conocer la percepción de los pacientes de violencia intrahospitalaria; los pacientes refirieron haber percibido violencia psicológica, debido a la atención que le dedica el personal de enfermería, porque lo hace con frialdad, de manera brusca y de mala gana, le gritan, son sarcásticas y lo ridiculizan, las personas de mayor edad son bruscas en la atención, a los pacientes minusválidos o con problemas para movilizarse los tratan de forma brusca y los retan en forma frecuente cuando llaman para pedir algo; si se sienten agredidos psicológicamente, lo aceptan pasivamente y no hacen nada.

En relación a la violencia física los pacientes mencionaron que siempre refieren percibir violencia física, porque recibieron golpes, les tiraron el pelo, los pellizcaron, cuando fueron agredidos no se defendieron verbalmente, no dieron aviso, lo aceptaron pasivamente y no hacen nada por el temor a recibir alguna represaría.

Con respecto a violencia sexual, los pacientes manifestaron siempre percibir violencia sexual de las personas que lo atienden, les decían piropos obscenos, durante su hospitalización, se sentían acosados o agredidos sexualmente, refirieron aceptarlo pasivamente y no hace nada. Por lo que se cumplió con el objetivo planteado.

En relación al objetivo de Identificar el conocimiento ético- legal del personal de enfermería; se observa que el personal de enfermería no tiene el suficiente conocimiento de los aspectos éticos, bioéticos y legales, debido a las

respuestas que plasmaron con un a veces a las preguntas planteadas: “no se considera responsabilidad del profesional de enfermería orientar sus acciones para ayudar a mantener, proteger y restaurar la salud, evitar las enfermedades, aliviar el sufrimiento y ayudar a mantener la calidad de vida de las personas”; “la obligación legal que tiene el paciente que se niega a recibir tratamiento es no firmar el alta voluntaria aunque se le haya ofertado todas las alternativas de tratamiento de las que dispone la institución de salud”; “de acuerdo a la Ley General de Salud, el consentimiento informado debe ser voluntario y con algún tipo de coacción”. Por lo que se le dio cumplimiento al objetivo planteado.

En relación a la hipótesis planteada de que si existe o no asociación entre la percepción de los pacientes de violencia del personal de salud, en los hospitales, y el conocimiento ético-legal del personal de enfermería, se acepta la hipótesis nula, ya que el dato obtenido es $X^2 = 0.525 > 0.05$

Por lo que se concluye que no existe asociación entre la percepción de los pacientes de violencia del personal de salud, en los hospitales, y el conocimiento ético-legal del personal de enfermería. Pero si existe violencia aunque el personal tenga o no conocimiento ético-legal ya que el a veces no se considera como conocimiento porque las leyes, códigos, normas, se tiene que aplicar conforme a letra dice y no por simple analogía.

SUGERENCIAS

Por lo que se recomienda la participación activa por parte del personal de enfermería dentro de los Comités de Bioética locales o nacionales, asimismo es importante la implementación de modelos de atención integral por enfermeras profesionales y hacer el seguimiento para que siempre se tenga presente el sentido del cuidado al ser humano y del respeto a sus derechos.

Las nuevas generaciones de enfermería tienen el reto de lograr el verdadero cambio en la actitud y calidad que se brinda, basado en un marco ético y legal para dignificar la profesión y por supuesto a los pacientes. Los resultados

obtenidos en esta investigación reflejan a otros centros hospitalarios donde se prestan servicios de salud, y se vulneran los derechos del paciente.

Se deberá trabajar con los pacientes para crear una cultura de comunicación para que reporte las violaciones que tolera del personal de salud al ser atendido en un hospital.

A las instituciones de salud que realicen jornadas, talleres y seminarios, para mejorar el trato que le brindan el personal de salud a la población usuaria que demanda de los servicios que prestan y poder erradicar la violencia.

A todos los profesionales de enfermería, el papel que desempeñan dentro del sector salud es de importancia, porque está en contacto con personas sanas o enfermas, en los casos de hospitalización las 24 horas del día los 365 días del año que están bajo su custodia y responsabilidad, por lo que es necesario estar actualizado en conceptos de seguridad, aspectos éticos, bioéticos, legales, y además se debe tener conocimiento de las implicaciones legales que se vinculan con la atención a la salud.

En este sentido, el desempeño del personal de enfermería implica un alto grado de responsabilidad, que debe realizarse en forma competente y segura ya que la enfermera es legalmente responsable de sus actos en caso de producir un daño, por lo que se considera importante otorgar una atención especializada y de calidad que fortalezca el liderazgo de la profesión.

6. REFERENCIAS

-
- ¹ Consejo Internacional de Enfermería. La violencia. Epidemiología Mundial. Boletín del CIE. Consultado 2010 dic. 2); Disponible en: <http://www.icn.ch/matters-violencesp.htm>
 - ² Organización Mundial de la Salud. La violencia epidemiología mundial. Consultado 2010 dic. 5, disponible en <http://www.who.int/violence>
 - ³ Puget, J y Berenstein, F. En: Cioppo. Violencia, mujer y género. Consultado 2010 dic. 6. Disponible en <http://www.funtadip.comar/violencia.htm>
 - ⁴ Papaport, E. Psicología de la violencia. Revista Universitaria. 1992, 36, 32-39
 - ⁵ Chapell, D & Di Martino, Violence at Work. (pp.62-69). Gènom: Intenational Labour Office. 1998
 - ⁶ Buinic, M., Morrison, A y Shifter, M. La violencia en America Latina y el Caribe: un marco de referencia para la acción. Consultado dic., 10 2010, Disponible en <http://www.iadb.org/sds/publication/publication-515-s.htm>.
 - ⁷ Organización Internacional del Trabajo. La violencia en el trabajo: un problema mundial. Consultado dic 16, 2010, disponible en <http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/inf/pr/1998/30.htm>.
 - ⁸ Organización Mundial de la Salud. World report violence and health. Genoveva: OMS 2002.
 - ⁹ Kingam, M. El incremento de la violencia en el lugar de trabajo es una amenaza para la enfermería y la prestación de los cuidados de salud. En comunicado de prensa CIE. Consultado dic. 16, 2010, disponible en <http://www.icn.ch/prviolence-99sp./spanish/bureau/inf/pr/1998/30.htm>.
 - ¹⁰ Revista CONAMED, Vol.13, julio-septiembre 2008.
 - ¹¹ Martínez, A. El profesor de enfermería en su entorno de trabajo. Humanización de la resistencia. Manual de ética y legislación en enfermería, Madrid: Mosby /Doyma. 1997.
 - ¹² Jiménez, P. Cuidados del autoestima del paciente hospitalizado. Revista sociedad de Enfermería Geriátrica en <http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/inf/pr/1998/30.htm>. 2000
 - ¹³ Moro, A. El enfermo. Una. En Manuale di Pastorale Sanitaria. Roma: camillane. 1999. Pp. 211 -212
 - ¹⁴ Comisión de Arbitraje Médico, Revista CONAMED, vol.16, núm. 3, julio-septiembre, 2011
- ISSN 1405-6704
- ¹⁵ Biblioratos del área de quejas y sistema de captura de Quejas 2013, Subdirección de Gestión de Servicios de Salud.
 - ¹⁶ Arroyo, G. Humanismo en enfermería. Revista Enfermería IMSS, 8 (2). 2000. Pp. 62-65.

-
- ¹⁷ Iceta, M. Bioética .Revista y Ciencias de la Salud, 2 (2), 1996. Pp. 40-44.
- ¹⁸ Valenzuela, S. Factores que influyen en la actitud de los estudiantes de enfermería hacia el cuidado de pacientes durante sus experiencias clínicas médico-quirúrgicas. Tesis para obtener el grado de Magister en Enfermería, Departamento de Enfermería, Universidad de la Concepción de Chile. 1995.
- ¹⁹ Organización Mundial de la Salud. World reporto violence and health.Genoma: OMS 2002. Pp.9-11
- ²⁰ Burgos, M., Paravic, T. Violencia Hospitalaria en Pacientes. Cienc. Enferm. [revista en internet]. 2003 Jun. [citado 2010 nov. 27]; 9(1): 9-14. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?>
- ²¹ Vacarezza, R. De los derechos del paciente. Revista Médica de Chile. 2000. Pp.128, 1380-1384
- ²² Rodríguez, C. Calidad de la atención en salud y Ley 100 de seguridad social. En: Bioética y Justicia Sanitaria en Colombia: El bosque, 1999. Pp. 177-184
- ²³ Goic, A. Es hora de pensar en los derechos de los pacientes. Una introducción. Revista Médica de Chile, 2000. 128, 1371-1373.
- ²⁴ Iceta, M. Bioética ¿para que? Revista Bioética y Ciencias de la Salud, 1996, 2 (2), 39-44.
- ²⁶ Henderson, V. Podemos dar un papel estelar a los pacientes. En: Investigación y educación en enfermería, 1998, 8 (1), 125-128.
- ²⁷ Rocha, W.; Rochti, W y Ballenato, R. Proyecto de un estudio diagnostico de condiciones de atención directa de pacientes internados en un hospital de servicio público en la ciudad de MG. Brazil. 2000.
- ²⁸ Ortega C, Suárez M. Manual de evaluación del servicio de calidad en enfermería. Estrategias para su aplicación. Editorial Médica Panamericana, México. 2006.
- ²⁹ Kérovac S. El pensamiento enfermero. McGraw-Hill; Interamericana. Madrid. 2006.
- ³⁰ Grupo Paradigma. Seguridad del paciente. La enfermera importa. Comunicado de prensa 29 de abril 2002 [citado 28 de marzo 2012]. Disponible en: www.enfermería21.com
- ³¹ León, C. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. Revista Cubana. 2006. [citada 15 mayo 2012]. Disponible en: bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_3_06/enf07306.html
- ³² Consejo Internacional de Enfermería. CIE. Aborda el estrés en el trabajo y la amenaza que supone para la salud del trabajador. Boletín informativo. La enfermería importa. Consultado el 17dic. 2010, disponible en en http://www.icn.ch/matters_sytressp. [http.](http://www.icn.ch/matters_sytressp)

-
- ³³ Arroyo, G. Humanismo en enfermería. *Revista Enferm, I,M,S,S.,* 2000, 8 (2), 61-63
- ³⁴ Joice, T. *Ética en enfermería.* Editorial Manual Moderno, México. 2005
- ³⁶ Consejo Internacional de Enfermería. Unidas frente a la violencia: Las enfermeras, dispuestas siempre a ayudarte. [internet]. 2001 [citado 2010 nov 30]. Disponible en: <http://www.icn.ch>.
- ³⁷ Consejo Internacional de Enfermería. Código de Ética del CIE para la profesión de enfermería. 2000. Citado 28 nov. 2010, disponible en <http://www.icn.ch/ch/icncodes.pdf>
- ³⁸ Antón, P. *Enfermería, Ética y Legislación.* Masson Salvat. 2004.
- ³⁹ Beauchamp, T. *Principios de ética Biomédica,* 4ta Edición, Mason, Barcelona, 1999.
- ⁴⁰ Gispert, J. *Conceptos de Bioética y responsabilidad Médica.* Editorial Manual Moderno 3° Edición. México 2005.
- ⁴¹ Bordin, M. Francapani, L. Giannacari A, *Bioética,* Lumen, Argentina, 1996
- ⁴² Quesada, W. *Problemas Éticos en el cuidado del Paciente.* 2007. Disponible en: <http://www.medicinainterna.com>. [consultado 2010 nov. 29].
- ⁴³ Federación Panamericana de Enfermeras. *Código de Ética de Enfermería,* 2002
- ⁴⁴ Agenda de Salud. *Ley General de Salud.* Editorial ISEF. México 2011. Pp.1-3
- ⁴⁵ Secretaria de Salud. Comisión Interinstitucional de Enfermería. *Evaluación de los Servicios de Enfermería.* México, 2002
- ⁴⁶ *Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional.* México, 2010.
- ⁴⁷ *Código Penal para el Distrito Federal,.* México, 2011.
- ⁴⁸ Comisión Nacional de Arbitraje Médico. *Recomendaciones para mejorar la atención en enfermería.* *Rev Enferm IMSS;* 12(1): 49-56
- ⁴⁹ Secretaria de Salud. Comisión Interinstitucional de Enfermería. *Código de Ética para Enfermeras y Enfermeros.* México, 2002
- ⁵⁰ Galán M, *Implicaciones legales de la enfermería en psiquiatría.* Disponible en: www.ceupower.com/apuntes/tercero/psiquiatria. 2006
- ⁵¹ Barrios, S. y Paravic, T. *Percepción de violencia en usuarios hospitalizados en los servicios clínicos de un hospital público de la región de la Araucanía Chile.* *Rev. Ciencia y Enfermería XV.* 2009.
- ⁵² Medina, G. *Percepción del paciente adulto maduro de cirugía y la calidad de la interacción brindada por la enfermera según la Teoría de Peplau – Hospital Dos de Mayo.* *Rev. Per. Obst. Enf.* 2007

-
- ⁵³ Paredes, L y Paravic, T. Percepción de violencia y factores asociados según usuarios de un consultorio y postas de salud. Concepción, Chile. *Cienc. Enferm.* [revista en internet]. 2006 Jun. [citado 2015 feb. 20]; 9(1): 10-13. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php>.
- ⁵⁴ Hernández, S. Metodología de la investigación. Editorial Mc. Graw Hill. Edición quinta. México 2010. P.p. 172-190
- ⁵⁵ Barbado, P. La violencia hacia los pacientes por parte del equipo médico. Publicado en [www.fundación magna.org.ar](http://www.fundaciónmagna.org.ar). [citado 2015 feb. 20].
- ⁶⁰ Barrios, S. y Paravic, T. Aplicación del modelo de violencia laboral de Chappell y Di Martino adaptado al usuario hospitalizado. *Rev. Aquichan*. Vol.11 No. 1 Chia, Colombia, abril, 2011. P.p. 77-93
- ⁵⁶ Burgos, M., Paravic, T. Violencia Hospitalaria en Pacientes. *Cienc. Enferm.* [revista en internet]. 2003 Jun. [citado 2010 nov. 30]; 9(1): 9-14. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php>.
- ⁵⁷ Barbado, P. La violencia hacia los pacientes por parte del equipo médico. Publicado en [www.fundación magna.org.ar](http://www.fundaciónmagna.org.ar). [citado 2015 feb. 20].
- ⁵⁸ Puget, J y Berenstein, F. En: Cioppo. Violencia, mujer y género. Consultado 2010 dic. 6. Disponible en [http:// www.funtadip.com.ar/violencia.htm](http://www.funtadip.com.ar/violencia.htm)
- ⁵⁹ Papaport, E. Psicología de la violencia. *Revista Universitaria*. 1992, 36, 32-39
- ⁶⁰ Chapell, D & Di Martino, Violence at Work. (pp.62-69). Gènoma: Intenational Labour Office. 1998
- ⁶¹ Kingam, M. El incremento de la violencia en el lugar de trabajo es una amenaza para la enfermería y la prestación de los cuidados de salud. En comunicado de prensa CIE. Consultado dic. 16, 2010, disponible en <http://www.icn.ch/prviolence-99sp./spanish/bureau/inf/pr/1998/30.htm>.
- ⁶² Moro, A. El enfermo. Una. En *Manuale di Pastorale Sanitaria*. Roma: camillane. 1999. Pp. 211 -212
- ⁶³ Biblioratos del área de quejas y sistema de captura de Quejas 2013, Subdirección de Gestión de Servicios de Salud.
- ⁶⁴ Vacarezza, R. De los derechos del paciente. *Revista Médica de Chile*. 2000. Pp.128, 1380-1384
- ⁶⁵ Rodríguez, C. Calidad de la atención en salud y Ley 100 de seguridad social. En: *Bioética y Justicia Sanitaria en Colombia: El bosque*, 1999. Pp. 177-184
- ⁶⁶ Henderson, V. Podemos dar un papel estelar a los pacientes. En: *Investigación y educación en enfermería*, 1998, 8 (1), 125-128.

-
- ⁶⁷ Paredes, L y Paravic, T. Percepción de violencia y factores asociados según usuarios de un consultorio y postas de salud. Concepción, Chile. Cienc. Enferm. [revista en internet]. 2006 Jun. [citado 2015 feb. 20]; 9(1): 10-13. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php>.
- ⁶⁸ Burgos, M., Paravic, T. Violencia Hospitalaria en Pacientes. Cienc. Enferm. [revista en internet]. 2003 Jun. [citado 2010 nov. 27]; 9(1): 9-14. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?>
- ⁶⁹ Kérovac S. El pensamiento enfermero. McGraw-Hill; Interamericana. Madrid. 2006.
- ⁷⁰ León, C. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. Revista Cubana. 2006. [citada 15 mayo 2012]. Disponible en: bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_3_06/enf07306.html
- ⁷¹ Federación Panamericana de Enfermeras. Código de Ética de Enfermería, 2002
- ⁷² Agenda de Salud. Ley General de Salud. Editorial ISEF. México 2011.Pp.1-3
- ⁷³ Consejo Internacional de Enfermería. Código de Ética del CIE para la profesión de enfermería. 2000. Citado 28 nov. 2010, disponible en <http://www.icn.ch/ch/icncodes.pdf>
- ⁷⁴ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Editorial Trillas, México, 2015.
- ⁷⁵ Galán M, Implicaciones legales de la enfermería en psiquiatría. Disponible en: www.ceupower.com/apuntes/tercero/psiquiatria. 2006
- ⁷⁶ Secretaria de Salud. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Evaluación de los Servicios de Enfermería. México, 2002
- ⁷⁷ Secretaria de Salud. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de Ética para Enfermeras y Enfermeros. México, 2002