



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**TRATO DIGNO PROPORCIONADO POR ENFERMERÍA EN
UNIDADES PARA ADULTOS DE UN HOSPITAL GENERAL**

TESIS

Que para obtener el GRADO de:

**MAESTRA EN ADMINISTRACIÓN
DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

PRESENTA:

**Licenciada en Enfermería
MARÍA LUISA BELTRÁN LÓPEZ**

**DIRECTORA DE TESIS:
M.E.P. CLAUDIA ELENA GONZÁLEZ ACEVEDO**

**CO-DIRECTORA DE TESIS:
M.A.A.E. MA. ELSA RODRÍGUEZ PADILLA**

MARZO 2016



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA



Trato Digno Proporcionado por Enfermería en Unidades
para Adultos de un Hospital General

TESIS

Para obtener el GRADO de:
Maestra en Administración de la Atención de Enfermería

Presentada por:

Licenciada en Enfermería
MARÍA LUISA BELTRÁN LÓPEZ

Aprobado por el Comité de Tesis:

Directora

M.E.P. Claudia Elena González Acevedo

Co-Directora

M.A.A.E. Ma. Elsa Rodríguez Padilla

1º de Marzo de 2016



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA



UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

TEMA DE TESIS:

**“Trato digno proporcionado por enfermería en unidades para
adultos de un hospital general**

ELABORADA POR:

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA
MARÍA LUISA BELTRÁN LÓPEZ**

APROBÓ:

PRESIDENTE DE JURADO

MAAE. Rosa Ma. Guadalupe Andrade Cepeda

SECRETARIO

MAAE. Sofía Cheverría Rivera

VOCAL

MEP. Claudia Elena González Acevedo

1º DE MARZO DE 2016

RESUMEN

Introducción: El trato digno: Es la percepción que tiene el paciente o familiar del trato y atención proporcionada por el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria, se mide a través de indicadores de calidad. Objetivo: Analizar el trato digno que proporciona el personal de enfermería a usuarios adultos hospitalizados en unidades de medicina interna y cirugía de un hospital general. Metodología: Estudio descriptivo transversal, realizado en los servicios de cirugías hombres, mujeres, medicina hombres y mujeres en un hospital general de segundo nivel en san Luis potosí, México, la muestra se constituyó de 128 pacientes adultos hospitalizados, la selección de la misma fue no probabilística por cuota con usuarios de los turnos matutino, vespertino y nocturno. Para identificar el trato digno, se aplicó el instrumento Trato Digno S.S adaptado por Cortez Pineda, explorando cuatro indicadores respeto, amabilidad, confianza y empatía. Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva, se procesó en el programa SPSS. Resultados: En la población estudiada se observa que el indicador con mayor puntuación es respeto 96%, seguido de amabilidad 91.5%. Los indicadores con menor puntuación se centraron en empatía 76% y confianza 72%. Se considera el trato digno como adecuado un porcentaje global de 75.1%. Conclusiones: El indicador trato digno se considera como muy bueno no obstante de manera global no cumple con el estándar establecido por la CNCSS el cual es de 95%.

Palabras Clave: Trato Digno, Enfermería, Evaluación.

SUMMARY

Introduction: dignified treatment: It is the perception of the patient or relative of treatment and care provided by nurses during their hospital stay, is measured by quality indicators. Objective: To analyze the dignified treatment that provides nurses to adult users hospitalized in units of internal medicine and surgery in a general hospital. Methodology: Cross-sectional study conducted in services surgeries men, women, medicine men and women in general secondary hospital in San Luis Potosi, Mexico, the sample consisted of 128 adult patients hospitalized, the selection of it was nonprobability per share with users of the morning, afternoon and night shifts. To identify the proper treatment, the Treatment Worth S.S adapted by Cortez Pineda instrument was applied, exploring four indicators respect, kindness, trust and empathy. For data analysis descriptive statistics were used, it was processed in SPSS. Results: In the studied population shows that the indicator with the highest score is respect 96%, followed by 91.5% kindness. The lowest scoring indicators focused on empathy 76% and 72% confidence. dignified treatment as appropriate an overall percentage of 83.5% is considered Conclusions: The dignified treatment indicator is considered as very good nonetheless globally does not meet the standard set by the CNCSS which is 95%.

Keywords: dignified, Nursing, Evaluation.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme la oportunidad de concluir un logro más en mi vida.

A mi familia gracias por su apoyo y comprensión.

A mis profesores que hicieron posible este proyecto muchas gracias por su apoyo, paciencia y enseñanza: Director MEP Claudia Elena González, sinodales MAAE Guadalupe Andrade, MAEE Sofía Chevarría.

Muy especialmente a la maestra Ma. Elsa Rodríguez por ser un pilar muy importante en el logro de esta meta.

A cada uno de los profesores que formaron parte en mi proceso de aprendizaje.

Al hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto por las facilidades otorgadas para la elaboración de este trabajo, en especial al departamento de enfermería y al personal de las áreas de cirugías y medicinas.

iiiiii A todos mil gracias sin ustedes no hubiera sido posible!!!!!!

INDICE

	Pág.
Resumen	i
Abstract	ii
Agradecimientos	iii
Índice	iv
Índice de cuadros	v
I.- INTRODUCCIÓN	1
II.- JUSTIFICACIÓN	3
III.- OBJETIVOS:	7
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	7
IV.- MARCO TEORICO	8
4.1 SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	8
4.2 CALIDAD	9
4.2.1 Evaluación de la calidad	13
4.3 MARCO JURÍDICO	17
4.4 TRATO DIGNO	20
4.4.1 Comunicación	22
4.4.2 Continuidad de los cuidados	23
4.4.3 Empatía	24
4.4.4 Satisfacción	26
4.4.5 Respeto	26
4.4.6 Confianza	27
4.4.7 Amabilidad	29
4.5 Revisión de estudios relacionados con el tema	30
V.- METODOLOGÍA	34
5.1 TIPO DE ESTUDIO	34
5.2 LUGAR Y TIEMPO	34
5.3 UNIVERSO DE TRABAJO	34
5.4 MUESTRA	34
5.5 CRITERIOS DE ESTUDIO	34
<i>Criterios de inclusión:</i>	34
<i>Criterios de eliminación:</i>	35
5.6 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN:	35
5.6.1 Ponderación del instrumento de trato digno global y por indicadores.	36
5.6.2 Instrumento de datos sociodemográficos.	37
5.7 PROCEDIMIENTOS.	37

VII. RESULTADOS 43
VIII DISCUSIÓN 58
IX CONCLUSIONES..... 66
X RECOMENDACIONES..... 67
XI BIBLIOGRAFIA..... 68
ANEXOS..... 76
FORMATO DE RECOLECCION: TRATO DIGNO 77

INDICE DE CUADROS

Cuadro	Titulo	Página
7.1	Características sociodemográficas de la población adulta encuestada en un Hospital General. S. L. P. Marzo – Mayo 2015	44
7.2	Descripción del cumplimiento del indicador respeto por Ítems del trato digno proporcionado por enfermería en un hospital General. S.L.P. Mayo - Junio 2015	51
7.3	Descripción del cumplimiento del indicador amabilidad por Ítems del trato digno proporcionado por enfermería en un hospital General. S.L.P. Mayo - Junio 2015	52
7.4.	Descripción del cumplimiento del indicador empatía por Ítems del trato digno proporcionado por enfermería en un hospital General. S.L.P. Mayo - Junio 2015	53
7.5	Descripción del cumplimiento del indicador confianza por Ítems del trato digno proporcionado por enfermería en un hospital General. S.L.P. Mayo – Junio 2015.	54

INDICE DE GRAFICOS

Grafico	Titulo	Página
7.1	Evaluación global del cumplimiento del indicador trato digno otorgado por enfermería de acuerdo a sus indicadores, realizado en un Hospital General. S.L.P. Mayo – Junio 2015.	46
7.2	Evaluación de los indicadores que conforman el trato digno otorgado por enfermería en el servicio de cirugía hombres de un Hospital General. S.L.P. Mayo – Junio 2015.	47
7.3	Evaluación de los indicadores que conforman el trato digno otorgado por enfermería en el servicio de cirugía mujeres de un Hospital General. S.L.P. Mayo - Junio 2015.	48
7.4.	Evaluación de los indicadores que conforman el trato digno otorgado por enfermería en el servicio de medicina hombres de un Hospital General. S.L.P. Mayo – Junio 2015	49
7.5	Evaluación de los indicadores que conforman el trato digno otorgado por enfermería en el servicio de medicina mujeres de un Hospital General. S.L.P. Mayo - Junio 2015.	50
7.6	Semaforización de la evaluación global sobre el Trato Digno otorgado por enfermería en unidades para adultos de un Hospital General. S.L.P. Mayo – Junio 2015.	55
7.7	Semaforización del trato digno proporcionado por enfermería en los servicios de cirugías y medicinas de un hospital general. Mayo – Junio 2015.	56
7.8	Semaforización del trato digno otorgado por enfermería en los turnos matutino, vespertino y nocturno de un Hospital General S.L.P. Mayo – Junio 2015.	57

I.- INTRODUCCIÓN

La calidad es la esencia de cualquier tipo de acción o actividad y la encontramos implícita en todas las áreas del desarrollo del individuo y de la sociedad, de tal modo que la salud no es una excepción¹. Avendis Donabedian propuso en 1980 una definición de calidad asistencial; "Calidad de la atención es aquella que se espera pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes" ²

Según Donabedian, son tres los componentes de la calidad asistencial: El componente técnico, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos. El componente interpersonal, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Y el tercer componente lo constituyen los aspectos de confort, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable. ²

La calidad atañe a todos los grupos sociales sin ser la excepción los servicios de salud, por lo que en el año 2000 se realiza una encuesta de satisfacción, donde la población señaló que el nivel de calidad había empeorado con relación a los datos que se tenían en 1994, haciendo referencia a que cuatro de cada diez mexicanos se quejaron de falta de amabilidad del personal de salud y calificaron el nivel de salud por debajo de los servicios de agua, drenaje, teléfono y transporte público,³ En bases a estos resultados surge la necesidad de crear La Cruzada Nacional por la Calidad de los servicios de salud (CNSS) en el esfuerzo por mejorar los servicios de calidad .⁴

A pesar de todos los conocimientos, avances y esfuerzos realizados por la sociedad, la deficiencia de calidad o de garantía de la calidad es una constante que representa un reto para la sociedad misma. La ausencia de calidad se manifiesta de múltiples maneras: servicios inefectivos e ineficientes, acceso limitado a los servicios de salud, incremento de costos, quejas médicas, insatisfacción de los usuarios y de los profesionales de la salud, afectación de la credibilidad de los servicios de salud por parte de los usuarios y lo peor, pérdidas humanas. ¹

Es por ello que la Comisión Interinstitucional de Enfermería (CIE), en su carácter propositivo, definió como prioridad para mejorar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de enfermería, el desarrollo de un proyecto para la evaluación sistematizada de dichos servicios. Para la evaluación se definieron 9 indicadores de los cuales ocho se encuentran en la dimensión técnica y uno en la dimensión interpersonal llamado Trato Digno; ⁵ las características principales de trato digno son el respeto a los derechos humanos, a las características individuales de la persona con información completa, veraz, oportuna y entendida por el paciente. ⁶

El beneficio del presente estudio es conocer la opinión que tiene el usuario sobre el trato digno que proporciona enfermería en unidades para adulto de un hospital general. Sin lugar a duda esto ayudara para entender la perspectiva del usuario sobre la atención de calidad que proporciona enfermería en su dimensión interpersonal, lo que permitirá al profesional de enfermería a contribuir en propuestas y replanteamiento de estrategias para mejorar el índice de trato digno en los usuarios, de tal forma que repercuta en la satisfacción del mismo.

II.- JUSTIFICACIÓN

La importancia de la evaluación del trato adecuado es sin lugar a duda mejorar el nivel de salud de la población, responder de una manera más adecuada a las expectativas no médicas de sus usuarios, disminuir la desigualdad en el trato y en los niveles de salud de la población y establecer mecanismos para evitar que la población a la que el sistema sirve, sufra graves contingencias financieras debidas a los gastos generados por la atención a la salud. La evaluación del Trato adecuado sirve para medir el desempeño del sistema en los aspectos no médicos de su relación con el usuario.⁷

Además de cumplir en lo que La Ley de Salud en Materia de Protección social en salud señala, con énfasis en el trato digno como derecho constitucional y humano,⁸ y a su vez dar cumplimiento con el programa sectorial de salud del plan de desarrollo 2013-2018 donde, establece que el estado deberá instrumentar todas las herramientas a su alcance para que la población acceda a una atención integral con calidad técnica e interpersonal, sin importar sexo, edad, lugar de residencia o condición social.⁹

Según la dirección de Evaluación de desempeño se deben tomar en cuenta algunas consideraciones teóricas que sin lugar a duda pueden influir en la magnitud de las calificaciones alcanzadas tales estimaciones son: la evaluación se realiza dentro del periodo de estancia del paciente, en general aquellos usuarios que están más satisfechos tienen más probabilidad de aceptar ser entrevistados y proporcionar la información requerida, es frecuente que los individuos no deseen expresar su insatisfacción, se cree que los usuarios tienden a calificar de manera positiva como una forma de justificar el tiempo invertido en su tratamiento, el miedo a represalias puede producir respuestas positivas injustificadas, la calificación suele ser favorable ya que el usuario espera que con esto mejore servicio que se le otorga.¹⁰

De este modo es posible que un sistema con una capacidad de respuesta pobre tenga calificaciones altas debido a que la población usuaria no espera más de él, por lo que es importante realizar las evaluaciones a fin de identificar las áreas en las cuales es más apremiante intervenir.¹⁰ También es importante destacar el relato de los usuarios y familiares de inconformidad por el trato, para la comisión nacional de derechos humanos es preocupante las condiciones bajo las cuales se prestan los servicios de salud por parte de las instituciones responsables en el país debido a que durante el periodo de enero 2000 a enero de 2009 se recibieron 11, 854 quejas en las que se señalan a las autoridades de violar los derechos a la salud, de dichas quejas se desprenden diversas irregularidades en la prestación de la atención medica como un trato contrario a la dignidad, poco respetuoso y en algunos casos conductas discriminatorias que afectan el bienestar de los pacientes.¹¹

Comprometido con ello la Comisión Interinstitucional de Enfermería (CIE) y la Comisión Permanente de Enfermería (CPE), ambos dependientes de la Secretaría de Salud evalúan la calidad de los servicios de enfermería a través del monitoreo de indicadores, por lo que determinó como prioridad establecer una estrategia de evaluación sistematizada que incluya un indicador interpersonal: Trato Digno para identificar la opinión de los usuarios en cuanto el trato recibido. La calificación mínima esperada para este indicador es de 95% de cumplimiento. Así, evaluar los servicios que brinda enfermería a partir de indicadores básicos, permite tomar decisiones al detectar oportunidades de mejora continua a través del análisis de resultados.¹²

Según los resultados de INDICAS reportados para Trato digno en el segundo cuatrimestre con fecha del 30 diciembre de 2013 se observa que en México disminuyó el estándar en trato digno de enfermería en comparación del 2012 de 97 a 96.8. En otro de las mediciones del indicador se encontró que existen deficiencias por parte del personal de enfermería en la enseñanza al paciente o

familiar sobre los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento, se encontró con los índices más bajos a Colima con 92.7, DF 93.9, Chiapas 94.2, Durango 94.1, Guerrero 92.6, Estado de México 93.8 y San Luis Potosí con 93.7 ¹³

Como se menciona en un estudio realizado en un hospital en el estado de México en el 2012, se encontró que el trato digno por enfermería se cumple de manera parcial, dentro de sus conclusiones se aborda que para el usuario es importante conocer el nombre de la enfermera (o), pues le permitirá darle identidad propia al proveedor de los cuidados, al mismo tiempo que crea lazos de confianza y facilitara la ministración de cuidados. ¹⁴ En otro estudio realizado en la ciudad de San Luis Potosí en el 2010 se concluye que la mayoría de los usuarios consideraron que la enfermera al brindar los cuidados, pocas veces: le llamaba por su nombre; mantenía su intimidad; acudía pronto al llamado; lo miraba a los ojos y respetaba su individualidad. ¹⁵

Así podemos concluir que la falta de cumplimiento del indicador trato digno puede tener consecuencias negativas lo cual se refleja en inconformidad, desconfianza, aislamiento, temor, deficiencias en la comunicación, desapego a los tratamientos y complicaciones. Lo anterior contribuye a que el personal de enfermería adquiera el compromiso de brindar servicios de calidad en el área en que labora, para obtener beneficios hacia los usuarios que están bajo su cuidado, reflejándose esto en una rápida recuperación, disminución de días estancia, disminución de costos por hospitalización, por otra parte, el trato digno produce satisfacción en el usuario, y por ende, en el prestador del servicio, así como obtener información objetiva sobre el indicador, que tendrá como finalidad ayudar a consolidar la acreditación de la unidad hospitalaria, así como cumplir con el objetivo del programa Cruzada Nacional por la calidad de los servicios de salud. ¹⁶

Es por ello que surge el interés por realizar una investigación sobre trato digno en un hospital general, el cual ofrece atención de 76 especialidades médicas y atiende con prioridad a la población abierta del estado y estados circunvecinos y

tiene como política el cero rechazo. Dentro de sus objetivos esta integrarse a la cruzada nacional por la calidad para proporcionar trato digno. Desde el inicio de la Cruzada Nacional por los servicios de calidad se han realizado evaluaciones del indicador trato digno, en unidades médicas hasta este momento no se ha realizado una investigación sobre el indicador trato digno en enfermería en dicho hospital.

Por lo que podemos observar que al medir este indicador, se pueden encontrar áreas de oportunidad para la continua mejora en el departamento de enfermería por lo que surge el interés por investigar ¿Cuál es el trato digno que proporciona enfermería en unidades para adultos de un hospital general?

III.- OBJETIVOS:

- Analizar el indicador trato digno que proporciona el personal de enfermería a usuarios adultos hospitalizados en unidades de medicina interna y cirugía de un hospital general.

3.1 Objetivos Específicos:

- Caracterizar a los usuarios a través de los factores sociodemográficos.
- Evaluar el cumplimiento de los indicadores de trato digno: empatía, comunicación, respeto y amabilidad.
- Detallar por ítem el trato digno proporcionado por enfermería.
- Definir la semaforización global de trato digno.
- Mostrar la semaforización de trato digno por servicio
- Describir la semaforización de trato digno por turno.

IV.- MARCO TEORICO

4.1 Sistemas y servicios de salud

Un sistema es un conjunto de unidades interrelacionadas que forman un todo organizado, el resultado es mayor que la suma de sus partes. El sistema está conformado por tres componentes: el económico, social y técnico. El primero se refiere al uso de recursos limitados; el segundo engloba la relación que se da entre el recurso humano, los cuales trabajan para lograr un fin común y el tercero está relacionado con el uso de la tecnología para lograr el objetivo de la organización. ¹⁷

Este enfoque puede aplicarse al sistema de salud el cual se crea para dar respuesta a las necesidades y demandas de servicios de salud por parte de la sociedad. ¹⁷ Los sistemas de salud en el mundo han surgido como respuesta social organizada para contender con las necesidades de salud de la población y así promover el desarrollo armónico de las comunidades y sus individuos. A su vez los sistemas han evolucionado con el paso del tiempo para adaptarse a los cambios demográficos, epidemiológicos, políticos, sociales y económicos. ¹⁸

En 1943 se crean en México dos instituciones pilares de nuestro sistema de salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaria de Salubridad y Asistencia y en 1960 surge el ISSSTE, bajo esta estructura se da acceso a los servicios de salud en dos esquemas que marcaban la conformación de dos segmentos diferenciados de la población: El primero conformado por los trabajadores del sector formal tanto público como privado y sus familias y el segundo integrado por el resto de la población que no encajara dentro del grupo anterior esto es los no derechohabientes. ¹⁸

Los frutos de esta primera etapa de cambio se extendieron hasta los años setenta. Sin embargo a finales de la década del modelo imperante orientado hacia la

atención hospitalaria y la medicina de especialidad empezó a alcanzar sus límites. El costo de los servicios aumento como resultado de la ampliación de la demanda y de la carga tecnológica de la atención. Las poblaciones pobres, sobre todo de las comunidades rurales, no contaban con un acceso regular a los servicios de salud y muchos hogares se veían obligados a recurrir a los servicios de salud poco regulados y que con frecuencia ofrecían una atención de mala calidad. A esto habría que sumar las graves consecuencias de la transición demográfica que empezó a modificar el perfil de salud caracterizado por un predominio creciente de las enfermedades no transmisibles. ¹⁹

Con lo anterior se hizo evidente que la organización anterior no daba respuesta al acceso a los servicios de salud para toda la población, esta situación condiciono una Reforma de primera generación de salud que consistió en ampliar la cobertura de servicios de salud de la población más pobre o marginada del país. Mediante esta reforma se logró alcanzar la cobertura universal en salud en el 2012 y en este contexto de la universalidad surge la calidad como componente elemental para garantizar la protección en salud. ¹⁸

En otras palabras para garantizar la verdadera universalidad de los servicios de salud no basta con ampliar la cobertura, la atención y el acceso, sino que también es importante la calificación que pueda otorgarle tanto el usuario último como el resto de los actores que interviene en el sistema de salud en términos de calidad. ¹⁸

4.2 Calidad

El Pequeño Larousse Ilustrado define “calidad” como el conjunto de cualidades de una persona o cosa. En estas definiciones se concibe la calidad como un atributo o características que distingue a las personas, a bienes y a servicios. Según E. Deming, “la calidad es el orgullo de la mano de obra”, en el cual define “mano de obra” como el más amplio sentido, y agrega que “la calidad se define en términos

de quien la valora”. P. Crosby dice: “La calidad debe definirse como ajuste a las especificaciones y no como bondad o excelencia”, y J. Juran define “calidad” como “aquellas características que responden a las necesidades del cliente y la ausencia de deficiencias”.²⁰

La calidad puede hacer referencia a diversos aspectos de la actividad de una organización: el producto o el servicio, el proceso, la producción o sistema de prestación del servicio o bien entenderse como una filosofía empresarial. Numerosas definiciones de calidad se han producido en los últimos años, desde la interpretación de la conformidad con las especificaciones, sin tomar en consideración la respuesta a las necesidades del usuario.¹⁷

Dentro de calidad se siguen varias etapas las cuales se describen a continuación:

1. Calidad total enfocada hacia los productos terminados, iniciada con la revolución industrial y que consistió en la inspección de los productos terminados clasificados como aprobado o rechazado.
2. Control estadístico de procesos, que se inicia en la primera mitad de este siglo y consistió en el desarrollo y aplicación de técnicos estadísticos para disminuir los costos de inspección.
3. Control total de la calidad o calidad total, que nace y se desarrolla en la época de los años 50.²¹

La OMS define la calidad en salud como un alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, un mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción del paciente, impacto final para la salud.²²

Otra definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad como: “El conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para

conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, para lograr un resultado con el mínimo riesgo de efectos, y la máxima satisfacción del paciente”.²²

En México, la actual administración señala la necesidad de brindar servicios de salud en un marco que asegure la calidad en la atención médica, con base a la normatividad y en la satisfacción de las necesidades de los usuarios. La aplicación del concepto de la calidad a la salud ha producido diversas definiciones. Ruelas” define la calidad como el cumulo de características atributos y especificaciones que tienen los bienes o servicios y que permiten agruparlos en diversas categorías vinculadas con la satisfacción de necesidades y expectativas del paciente.¹⁷

Avendis Donabedian define la calidad como una propiedad que la atención medica puede poseer en grados variables, señala que los juicios sobre calidad no se realizan sobre la atención médica en sí, si no de forma indirecta sobre las personas que la proporcionan y la institución de salud que presta el servicio. Este autor establece tres elementos básicos de una definición de calidad: los aspectos técnicos, interpersonales y las amenidades.²³

La dimensión técnica es la aplicación de la ciencia y la tecnología de la medicina y las otras ciencias de la salud al manejo de un problema personal de salud, en este sentido la calidad de la atención reside en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de forma que rinda al máximo de beneficios para la salud, sin aumentar con ellos sus riesgos.²³

La dimensión interpersonal radica en la interacción social y económica que ocurre entre el paciente y sus familiares y el personal de salud. La calidad de la relación interpersonal debe medirse por el grado de apego a valores, normas, expectativas y aspiraciones.

Las amenidades hace referencia a características concretas tales como el ambiente que sea agradable, cómodo, confortable, este componente es parte de los aspectos más íntimo de los lugares en los que se presta la atención médica, se considera parte de la relación interpersonal, ya que implica interés por la satisfacción del paciente.²³

La calidad se debe considerar como un valor fundamental de la cultura organizacional de los servicios de salud en beneficio de la población mexicana. Es un aspecto clave de la gestión en cualquier Institución y de manera especial en una de asistencia sanitaria, por eso es importante que el gremio de enfermería tenga un comité de calidad, que se encargue de desarrollar programas de mejora continua hacia la calidad en el cuidado integral de enfermería mismo que incluye el trato digno.¹⁵

La calidad en los servicios de enfermería se define: según la sociedad americana para el control de calidad (ASQC): “Conjunto de características de un producto, proceso o servicio que le confiere su aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o cliente”.²⁴

La calidad del servicio de enfermería se traduce en asegurar que la persona pueda ser cuidada con confianza y seguridad, lo que establece que la garantía de calidad en la intervención de enfermería se encuentra enmarcada en los principios de responsabilidad moral, ética y jurídica, mediante la auditoria, evaluación y monitoreo de los procedimientos y procesos de atención que realiza, con el propósito de mejorarlos y alcanzar el más alto nivel de eficiencia en el cuidado prestado.¹⁵

4.2.1 Evaluación de la calidad

La palabra evaluación reconoce su origen etimológico en el francés “avaluar” y su significado remite al acto de valorar, pudiendo ésta a de ser de calidad o cantidad.

Según Pérez Juste, 1995 la evaluación es un proceso sistemático, diseñado intencional y de forma técnica de recogida de información, que ha de ser valorada mediante la aplicación de criterios y referencias como base para la posterior toma de decisiones de mejora, tanto del personal como del propio programa.

Existe una definición adoptada por el Joint Committee on Standards for Educational Evaluation: “La evaluación es el enjuiciamiento sistemático de la valía o el mérito de un objeto”. Esta definición implica que la evaluación siempre supone juicio. Desde el momento que la evaluación es un sentido óptimo, emplea procedimientos objetivos para obtener una información segura e imparcial y que liga al término de valor. ²⁵

Nadal lo define como el “proceso de obtención de datos y análisis de información”, el cual se realiza con el fin de medir el resultado obtenido por un programa, centro, servicio o actividad a analizar las circunstancias que han influido en dichos resultados. ¹⁷

La evaluación es:

- Un proceso, cuyas fases son las siguientes: planificación, obtención de la información, formulación de juicios de valor y toma de decisiones.
- Continua. Si la evaluación no fuera continua no sería posible
- Tomar decisiones de mejora en el momento adecuado.

- Criterial, es decir debe referirse a criterios establecidos con antelación para lo cual es imprescindible que los objetivos estén claros al ser definidos.
- Flexible, vinculándose tanto a los referentes y criterios de evaluación como a las circunstancias propias de cada proceso.
- Sistemática, por lo que deberá atenerse a normas y procedimientos con minuciosidad planificados y desarrollados.
- Recurrente, reincidiendo en el desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje para tratar de perfeccionarlo.
- Decisoria, en cuanto que la obtención y el tratamiento de la información se ha hecho con este fin.
- Formativa, ya que el objetivo principal de la evaluación es mejorar el proceso, como sus resultados.
- Cooperativa, en cuanto afecta a un conjunto de personas cuya participación activa en las distintas fases del proceso mejoraría el desarrollo de éste y sus resultados. ²⁶

Aguirre Gas plantea que la evaluación de la calidad en salud puede estudiarse desde distintos puntos de vista, en función de las expectativas de la institución, el trabajador y el paciente. ²⁷

Donabedian estableció tres enfoques básicos para la evaluación de la calidad en salud: estructura, proceso y resultado.

Por estructura se refiere a las características estables de los proveedores de atención, de los instrumentos y recursos que tienen a su alcance y de los lugares físicos y organizaciones en las cuales trabajan. Incluye los recursos humanos, físicos y financieros que se requiera para proporcionar la atención médica.

El proceso hace referencia a la serie de actividades que se llevan a cabo por y entre profesionales y usuarios. El término resultado, significa un cambio en el

estado actual y futuro de la salud del paciente que puede atribuirse al antecedente de la atención médica, incluye el mejoramiento de la función social y psicológica, además de los aspectos físicos y fisiológicos de la actuación, las actitudes del paciente, el conocimiento adquirido sobre la salud y el cambio en su comportamiento relacionado con la salud.

La evaluación en los sistemas de salud surge de la necesidad de contar con una política y estrategia regional para garantizar la calidad de la atención sanitaria. La OPS recalcó la importancia de la calidad de la atención y la seguridad del paciente como una cualidad esencial para conseguir los objetivos nacionales en salud, deficiencias, provocadas por diversos factores en el sistema como en la prestación de los servicios de salud, lo que ocurre cuando no hay un marco que regule los temas de calidad como respuesta a ello la OPS propone cinco líneas de acción dirigidas a mejorar la calidad de los servicios de salud:

- 1) Posicionar la calidad de la atención sanitaria y la seguridad del paciente como prioridad sectorial
- 2) Promover la participación ciudadana en temas de calidad
- 3) Generar información y evidencia en materia de calidad
- 4) Desarrollar, adaptar y apoyar la implantación de soluciones en calidad
- 5) Desarrollar una estrategia regional para el fortalecimiento de la calidad de la atención sanitaria y seguridad del paciente.

El sistema de salud Mexicano, con la convicción de mejora los servicios y eliminar la poca confianza que le otorga la población, desarrollo la Cruzada Nacional por la Calidad de los servicios de Salud, la cual propone abatir las inequidades entre entidades, instituciones, niveles de atención, tomando como eje de acción a los recursos humanos del mismo sistema. ¹⁴

Esta estrategia se describe en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA) y está dirigida a corregir la principal causa de deficiencia en la calidad de los servicios de salud señalada por la OPS. Por lo que necesario a situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud. Como instrumento operativo se establece el Sistema Integral de Calidad en Salud (SI CALIDAD), encargado de elevar la calidad de los servicios de salud con un enfoque en la mejora de la calidad técnica y la seguridad del paciente, la calidad percibida y la calidad en la gestión de los servicios de salud. ²⁸

La Comisión Interinstitucional en enfermería (CIE) en su carácter propositivo, definió como prioridad para mejorar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de enfermería, el desarrollo de un proyecto de evaluación sistematizada de dichos servicios, y se identificó la oportunidad de iniciar el desarrollo de la evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. ¹³

La enfermera podrá evaluar sus servicios a partir de indicadores básicos, tomar decisiones al detectar oportunidades de mejora o bien establecer procesos de mejora continua. El INDICAS en la actualidad cuenta con ocho índices divididos en 28 indicadores que a su vez cuentan con ciento once variables dentro de los cuales se encuentra el índice de trato digno. ¹³

Un indicador es una medida cuantitativa que se puede utilizar como una guía para el seguimiento y la evaluación de la calidad de atención del usuario y a las actividades del servicio. (J. Caho 1998). La finalidad del indicador es retratar la realidad, implantar intervenciones, monitorizar resultados y marcar el contexto organizacional. ²⁹

Para evaluar el trato digno según el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), se necesitan cumplir una serie de criterios estandarizados los cuales se describen a continuación: El paciente tendrá un ingreso de más de 24 horas, deberán formar parte de la muestra tomada para la evaluación de los

indicadores ministración de medicamentos vía oral y vigilancia y control de venoclisis instalada, para la recolección de los datos se especifica que son los servicios que deseen participar en la medición, la forma de recolección de datos es con el formato trato digno (F1-TDE702) y se lleva a cabo por un responsable designado por la unidad médica, que es responsable de realizar la encuesta, la evaluación se realiza de manera mensual pero los resultados se publican en la plataforma cada cuatro meses. La calificación mínima esperada para el cumplimiento de los criterios de trato digno es del 95%.¹³

4.3 Marco Jurídico

El marco jurídico de la presente investigación se fundamenta en la constitución mexicana, código de ética de enfermería carta general de los derechos del paciente y el código de Helsinki.

Desde épocas remotas el comportamiento ético de los prestadores de servicios de salud ha representado un aspecto de interés para la población, en el caso de enfermería es de vital importancia que tenga claros los conceptos y principios éticos que rigen el comportamiento del hombre en la sociedad.

El código de conducta en enfermería data desde las escuelas Nightingale, en la cual era requisito para las postulantes una conducta y disciplina intachables. El primer código de ética en enfermería fue publicado por la Asociación Nursing American (ANA) en 1950. El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), adoptó por primera vez un Código internacional de ética para enfermeras en 1953. En la actualidad el documento en que el CIE establece las normas y valores de la actividad del profesional de enfermería es el Código deontológico. El Código deontológico del Colegio Internacional de Enfermeras para la profesión de enfermería tiene cuatro elementos principales que ponen de relieve las normas de

conducta ética; enfermería y las personas, enfermería y la práctica, enfermería y la profesión y enfermería y sus compañeros de trabajo³⁰

La Comisión Permanente de Enfermería (CPE) es el órgano rector en enfermería, quien desde su posición formal en la Secretaría de Salud define los lineamientos que regulan a la profesión. Coordina los trabajos que son de la competencia de las diferentes instancias que tienen la atribución de regular la profesión con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de los servicios y favorecer el desarrollo de la profesión.

El Código fue desarrollado por la Comisión Interinstitucional de Enfermería como un imperativo para fortalecer el comportamiento ético en la profesión de enfermería. El código, conforme a su artículo 1, norma la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios, las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades profesionales.³¹

Los valores son cualidades que le atribuimos a las cosas, a los hechos o a diferentes aspectos de la vida que los hacen ser importantes, valiosos, necesarios y permiten elevar el espíritu humano. Sgrecia considera que este concepto es todo aquello que permite dar significado a la vida humana, lo que produce estima o admiración.

Los valores gremiales de enfermería (Deontología de enfermería) están formalizados en documentos como códigos o declaraciones emitidos por instancias nacionales e internacionales.

La bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de la ciencia de la salud, integra los principios de beneficencia, autonomía, no maleficencia y justicia; se desarrolla en tres grandes campos:

La bioética general: estudia los fundamentos éticos así como sus fuentes documentales relacionadas con la práctica profesional de los prestadores de los servicios de salud, pertenece a la ética normativa.

La bioética especial: Analiza los problemas sociales de tipo médico y biológico, pertenece a la ética normativa especial.

La bioética clínica: Examina la práctica de los profesionales de salud y en qué medida sus decisiones se ajustan a los valores y principios de la ética normativa.

La gran diversidad de cambios que ha tenido la sociedad ha ocasionado usuarios más informados y exigentes de sus derechos. Los Derechos humanos son valores fundamentales derivados de convivencia del hombre en sociedad, con el objetivo de proteger las condiciones mínimas que el hombre necesita para vivir con dignidad (L. Müller). Los Derechos de los usuarios son el resultado del esfuerzo de la sociedad para proteger de posibles actos indebidos de que puedan ser objetos durante su estancia hospitalaria.³²

En el Artículo 42 de la Constitución Mexicana, establece en su primer párrafo que los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno, también especificados en el Artículo 2° de la Carta de los Derechos Generales de los Usuarios.^{6,7} Con base en lo anterior, podemos decir que el trato digno al paciente es un derecho al que se hace acreedor y en el que se debe proteger su salud y seguridad.³³

El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinda atención médica, se identifiquen y le otorgue un trato digno con respeto a sus condiciones personales y morales. Con fundamento en la ley General en salud artículos 51 y 83.³⁴

4.4 Trato Digno

El diccionario de la Real Academia Española define entre otros significados al término *digno* como: merecedor de algo, correspondiente, proporcionado al mérito y condición de alguien o algo.

El trato digno: es considerado a través de los indicadores de calidad, como la opinión que tiene el paciente o familiar del trato y atención proporcionada por el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria, esta puede ser medible a través de los indicadores de calidad. ³⁵

La OMS define el trato digno como a los aspectos no médicos y al sistema de salud como un todo, no solo a la interacción personal con el proveedor del servicio de salud, que se basa en expectativas legítimas y de carácter individual de los individuos. ³⁵

Se define operacionalmente el trato digno como la opinión que tiene el paciente o familiar, del trato y la atención proporcionada por el profesional de enfermería durante su estancia hospitalaria. ³⁵

Según la carta de los derechos de los usuarios, el trato digno al paciente es un derecho al que se hace acreedor y en el que se debe proteger su salud y seguridad. En esta misma se menciona: “La paciente o el paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, sobre todo las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

16

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), en el Código Deontológico para la Profesión de Enfermería, establece: En los cuidados de enfermería no se hará

distinción alguna fundada en la edad, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social. Al dispensar los cuidados, promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad. Se cerciorará de que la persona, la familia o la comunidad reciben información suficiente para fundamentar el consentimiento que den a los cuidados y a los tratamientos relacionados y mantendrá confidencial toda información personal y utilizará la discreción al compartirla ¹⁶

El programa de Acción de la Cruzada Nacional por la calidad de los servicios de salud concebía la calidad de los servicios de salud desde dos perspectivas:

I.- Trato digno cuyas características eran:

- Respeto a los derechos y características individuales de los usuarios, a partir de la identificación y evaluación periódica de sus necesidades y expectativas, sobre el servicio de salud que reciben.
- Información completa, veraz, oportuna y entendida por el paciente o por quien es responsable de él o de ella.
- Interés manifiesto en la persona
- Amabilidad

2.- Atención médica efectiva.

Como parte de esta cruzada surge el programa de evaluación de la calidad de los servicios de enfermería y establece la incorporación de una serie de indicadores que permite identificar el grado de cumplimiento de estándares de calidad de la atención proporcionada por el personal de enfermería, dentro de los cuales se incluye el indicador trato digno. ³

4.4.1 Comunicación

La comunicación es un proceso clave en la conformación de las sociedades humanas, el término proviene del latín “communicare” que significa impartir, compartir, hacer común. Este proceso lo hacemos desde que nacemos.

El ser humano utiliza la comunicación para informar, proporcionar herramientas para desarrollar hábitos o habilidades, para comunicar un mensaje con una carga afectiva, para regular la conducta de sus semejantes ya sea controlándola, motivándola o para resolver un problema. Los tipos de comunicación pueden ser la no-verbal (gestos, lenguaje del cuerpo y expresiones faciales sin el uso de la palabra), oral, escrita.³⁶

En cuanto a la comunicación, varios estudios han demostrado que estos aspectos son importantes entre los profesionales de la salud para lograr resultados favorables en los usuarios. Estos estudios han encontrado que dichas características se han asociado a una disminución en el riesgo de mortalidad, menor estancia hospitalaria, baja incidencia de eventos adversos y un aumento en la satisfacción del paciente y de los mismos miembros del equipo de salud, entre otros. Autores como Cohen y Kizander han incluido la comunicación y la coordinación como variables de proceso que influyen en resultados como la reducción de los días de estancia, disminución en el número de medios diagnósticos y aumento en la satisfacción de los usuarios.³⁷

La comunicación es una de las actividades humanas más importantes en tanto mecanismo que permite a los individuos establecer, mantener y mejorar sus relaciones. Es un proceso multidimensional y complejo. Por ello resulta un aspecto esencial en los cuidados de enfermería, considerados como un arte y dejados casi siempre en manos de la intuición e idiosincrasia del profesional.³⁸

Es el derecho de los usuarios a resolver todas sus dudas, recibiendo información suficiente, de calidad y oportuna sobre su padecimiento y las diferentes opciones de tratamiento. En un principio estas acciones se contemplaban en el área de trato

digno, pero diversas reuniones de expertos coincidieron en que la comunicación era un elemento tan importante que merecía ser considerado como un dominio importante.

4.4.2 Continuidad de los cuidados

Cuidado viene del latín cogitatus: reflexión, pensamiento, interés reflexivo que uno pone en algo. Partiendo de esto, podemos afirmar que el cuidado cobra sentido cuando la existencia del otro adquiere relevancia y emerge la disposición a participar de su existencia, Según Johnson, la Enfermería, como cualquier disciplina de la salud, dirige sus esfuerzos esenciales al cuidado de la salud de individuos y grupos, y así logra su meta profesional (social). Para Villalobos (2000) el cuidado es la expresión del conocimiento y por lo tanto de una práctica, tal vez la más importante y la que distingue a enfermería de otras disciplinas de la salud.

Cuidar es, pues, más que un acto, es una actitud, un valor. Según Silvina Malvarez (2012):“entendemos a la enfermería como una profesión del campo de las ciencias sociales cuyo objeto de estudio e intervención es el cuidado humano en cuanto implicado en la constitución, vivencia, desarrollo, protección y recuperación de la salud, que tiene como beneficiario al sujeto humano como ser cultural, a la familia, los grupos, las comunidades y la sociedad como unidades de análisis y cuidado”.³⁹

El cuidado profesional consiste en asistir en la enfermedad, guardar y conservar la salud o cuidar en la muerte, sobre la base de una formación académica. Es un proceso complejo y dinámico que requiere unos conocimientos científicos y humanistas y que además, debe desarrollar unas actitudes prácticas que se caracterizan como parte de la relación establecida entre el ser que cuida y el ser que es cuidado.⁴⁰

La continuidad en los cuidados es el resultado percibido por el usuario como consecuencia de múltiples procesos. Por su parte Kesby se refiere a la continuidad de los cuidados definiendo diferentes niveles o estadios:

1^{er} nivel Cuidados paralelos: dos o más servicios prestan cuidados a una misma persona, pero con objetivos diferentes para cada uno de ellos.

2^o nivel. Cuidados coordinados: Varios servicios con objetivos diferentes, se ponen de acuerdo para prestar cuidados a una persona determinada durante un proceso concreto.

3^{er} Nivel. Cuidados integrados: vinculación permanente de los servicios mediante la permanencia en el tiempo de objetivos comunes que garanticen la continuidad de los cuidados a las personas que los precisen.

4^o Nivel. Continuidad de los cuidados: consenso y toma de decisiones compartidas con cuidadores familiares, familias, usuarios. ⁴¹

Por otra parte uno de los elementos que más favorecen la continuidad de los cuidados es el que las personas puedan participar en la toma de decisiones tanto terapéuticas como organizativas, contribuyendo de esta manera a una mejor coordinación de sus propios cuidados.

Los elementos que posibilitan la continuidad de cuidados son: la información, las personas (las relaciones interpersonales) y la coordinación gestión, como respuesta a las necesidades de la persona. La correcta interacción de estos elementos posibilita que recursos y servicios aislados sean interconectados y generen continuidad. Sin embargo cuando alguno de los elementos falla o se antepone en detrimento de otros se provocan situaciones de discontinuidad, que pueden ser tal como conceptualizan Morales Asencio.

4.4.3 Empatía

La empatía es un sentimiento humano por excelencia. Del griego ampatheia, se utiliza para designar el conocimiento del otro, obtenido por el examen reflexivo de

las interacciones del yo y del tú. También se considera la habilidad de 'sentir con los demás', de experimentar las emociones de los otros como si fuesen propias. Cuando desarrollamos la empatía, las emociones de los demás resuenan en nosotros. Sentimos cuáles son los sentimientos del otro, cuán fuertes son y qué cosas los provocan.

Los atributos críticos de la empatía son:

- Capacidad para percibir las emociones (capacidad de opinión) e interiorizarlas.
- Capacidad de aplicar las emociones para facilitar el pensamiento, el análisis y el conocimiento de los demás.
- Capacidad de comprender las emociones, las propias y las de otros.
- Capacidad de autocontrol de las emociones.
- Capacidad de involucrarse con emociones, sentimientos y acciones de otros.
- Capacidad de ser solidario, responder a las necesidades de otros con generosidad, transformar la empatía en acciones encaminadas a mejorar el estado físico o emocional de otros. ⁴²

El concepto de empatía de Edith Stein es el de “aprehensión de las vivencias ajenas, apercibimiento del vivenciar de otro esto quiere decir; la vivencia de experiencias de sujetos ajenos, la vivencia de experiencias de otros”. Describe la posibilidad que una enfermera pueda empatizar con sus usuarios, y vivenciar las experiencias de aquellos en un acto de comprensión del sufrimiento, del dolor, sin que esto termine por agotar el propio equilibrio personal, sino que, por el contrario, pueda convertir la personalidad enfermera en un ser conocedor de los matices que constituyen y diferencian el alma humana.

Para enfermería analizar este punto de partida: que en nuestro trabajo nos están dados de forma inevitable, sujetos ajenos en unidad de su triple composición y de sus propias vivencias, en un marco en que las vivencias de aquellos predominan

las experiencias negativas de enfermedad. Y estas están sin remedio ahí, ante nosotros. ⁴³

4.4.4 Satisfacción

La satisfacción del enfermo es un indicador para evaluar la calidad de los servicios sanitarios, a la vez que permite identificar áreas que presentan déficit desde el punto de vista de la persona que lo recibe. Los factores de satisfacción son conceptualizados como la enfermera que con su presencia da apoyo, seguridad, alivio y afecto. Por tanto es relevante el rol de la enfermera ya que ayuda a las personas enfermas en las actividades de la vida diaria y facilita su crecimiento y desarrollo.

Entendiendo la satisfacción del enfermo como las manifestaciones de agrado que expresa la persona, por el cuidado recibido en cuanto a seguridad y protección, las cuales son muy importantes en estas circunstancias, y se hacen evidentes cuando la enfermera incluye en sus cuidados, actuaciones dirigidas a conseguir con prontitud un entorno seguro para él, a la vez que genera confianza por la competencia técnica que demuestra, asimismo, cuando aplica las medidas de prevención física y psicológica se genera en el enfermo, la satisfacción de sentirse protegido y seguro.

La satisfacción del usuario está ligada con el trato del personal en tal sentido que si el personal se siente cómodo con su jornada y experiencia laboral, ofrece servicios de calidad que repercuten de manera directa en la opinión de la calidad del usuario. ⁴⁴

4.4.5 Respeto

La palabra respeto proviene del latín respectus y significa atención o consideración. De acuerdo al diccionario de la real academia española el respeto está relacionado con la veneración o el acatamiento que se hace a alguien. El respeto incluye miramiento, consideración y deferencia.

Significa valorar a los demás, acatar su autoridad y considerar su dignidad. El respeto se acoge siempre a la verdad; no tolera bajo ninguna circunstancia la mentira y repugna la calumnia y el engaño. Exige trato amable y cortés, es la esencia de las relaciones humanas, de la vida en comunidad, del trabajo en equipo, de cualquier relación interpersonal, es garantía absoluta de transparencia.

Crea un ambiente de cordialidad y seguridad, permite la aceptación de las limitaciones ajenas y el reconocimiento de las virtudes de los demás. Evita las ofensas, las ironías, no permite que la violencia se convierta en el medio para imponer criterios. El respeto conoce la autonomía de cada ser humano y acepta el derecho a ser diferente.

El respeto es el reconocimiento del valor inherente y de los derechos innatos de los individuos y de la sociedad. Estos deben ser reconocidos como el foco central para lograr que las personas se comprometan con el propósito más elevado en la vida.⁴⁵

Según la OMS respeto a la salud se define como simplemente no interferir en el disfrute del derecho a la salud “no perjudicar”.

4.4.6 Confianza

La confianza es la seguridad que alguien tiene en otra persona o en algo. Es una cualidad propia de los seres vivos, en especial con los seres humanos, ya que aunque los animales la posean, estos lo hacen de forma instintiva, al contrario que los humanos, que confían con conciencia. Al ser algo que se hace consciente y voluntario, supone trabajo y esfuerzo conseguirla. A pesar de que sea costoso llegar a ella, se caracteriza por ser una emoción positiva.

Según Laurence Cornu, doctora en filosofía: “la confianza es una hipótesis sobre la conducta futura del otro. Es una actitud que concierne el futuro, en la medida en

que este futuro depende de la acción de otro. Es una especie de apuesta que consiste en no inquietarse del no-control del otro y del tiempo”.

De acuerdo con las teorías que abordan este tema, se trata de una suspensión temporal de la situación básica de incertidumbre sobre las acciones de las personas, es decir, se dejan de lado las dudas y se cree con firmeza. La pérdida de confianza se debe a un agotamiento emocional, causado por la mala intención de la persona, que fomenta la incapacidad de cumplir con lo prometido de forma continuada en el tiempo. La confianza, por tanto, simplifica las relaciones personales y ayuda a entenderlas.

Para la psicología social y la sociología, el término confianza consiste en la idea que se forja una persona sobre las conductas que realizan los de su alrededor. Es el pensamiento con el cual una persona cree que será capaz de actuar de una cierta manera frente a una determinada situación. ⁴⁶

Dimensiones de la confianza:

Fisiológica: los aspectos que afectan a nuestro organismo. En el caso de la confianza, al ser una emoción positiva, nos provoca una mayor activación en la corteza pre-frontal izquierda. La actividad fundamental de esta región cerebral es la coordinación de pensamientos y acciones de acuerdo con metas internas. El organismo pasa a un estado de bienestar físico. Al estar relacionada la confianza con la felicidad, nuestra actividad fisiológica se manifiesta de manera similar en ambas, se aumenta el ritmo cardíaco y el respiratorio

Cognitiva: Se refiere a la capacidad que poseen los seres humanos para relacionarse, permitiendo así crear nuevas construcciones del conocimiento. Mediante la confianza en uno mismo, se favorece al rendimiento cognitivo y se consigue una mayor resolución de problemas. Cuando alguien da su opinión acerca de un tema, debe hacerlo de forma cordial, aun y no se esté de acuerdo

con la otra persona. Los efectos cognitivos de la confianza, por lo tanto, acarrear acciones positivas tanto para uno mismo como para los demás.

Conductual: La expresión corporal y facial es una de las formas básicas para la comunicación humana. Cuando confiamos, se muestran diferentes comportamientos. Uno de ellos se manifiesta mediante la mirada. Cuando hablas con otra persona y no le miras a los ojos si no que miras hacia el suelo o hacia un lado da la sensación de inseguridad.

En cambio, al mirar a los ojos de forma natural lo que se transmite es una mayor confianza. Respecto al lenguaje corporal, mostrarse con el cuerpo erguido, la cabeza en alto y los hombros relajados refleja seguridad. Mostrar seguridad es importante a la hora de confiar, ya que si se baja la cabeza o se cruzan los brazos, se muestra inseguridad a la otra persona, y esta puede no confiar en lo que estás diciendo.⁴⁶

4.4.7 Amabilidad

La amabilidad según la R.A.E. Real academia Española es ser afable complaciente, afectuoso. Es una de las virtudes mejor valorada por todas las personas la amabilidad. Una persona amable, por norma general, es una persona con buenos modales.

Hay una frase de Alfred Capus, que nos indica de forma perfecta que es la amabilidad: “Una persona amable es aquella que escucha con una sonrisa lo que ya sabe, de labios de alguien que no lo sabe”. La amabilidad nos ayuda a causar buena impresión a los demás, aun a costa de hacer algún pequeño sacrificio.

Aunque el término “amabilis” proviene del latín con un significado de amado, de ser amado o preferido, nosotros hemos tomado el significado actual que tiene que ver con las normas de conducta más que con los sentimientos.

El término amabilidad engloba muchos conceptos: atención por los demás, respetó, consideración, encierra aspectos fundamentales de una persona bien educada. “Aunque pudiera hacerme temible, preferiría hacerme amable” dijo Michel Eyquem de la Montaigne. Y es que una persona amable es querida y respetada. La amabilidad es un profundo sentimiento que se manifiesta en ciertas actitudes, de manera espontánea.

La amabilidad es generosidad y hay que derrocharla. Hay que ser amables con todo el mundo, no solo con las personas que conocemos. La amabilidad abre puertas, aúna culturas y ayuda a una mejor convivencia.⁴⁷

Es una cualidad en la cual se combina el amor, la comprensión, la previsión, la empatía y la generosidad pero para que sea una autentica virtud, debe estar libre de segundas intenciones. Entonces, debemos ser amables con el otro porque es el trato que se merece en cuanto obra única de Dios por creación y redención. Esto exige que nos entreguemos a los demás con un espíritu abierto, sin egoísmos y así nuestra actitud será una bendición.⁴⁸

4.5 Revisión de estudios relacionados con el tema

Carrillo Martínez Mónica, Martínez Coronado Laura Elena en Monterrey Nuevo León en el 2009, realizaron un estudio titulado “Cumplimiento del indicador trato digno proporcionado por el personal de enfermería”. El objetivo general fue: Identificar el cumplimiento del indicador de calidad trato digno proporcionado por el personal de enfermería de un departamento con usuarios de crónico-degenerativos. El método fue descriptivo, transversal, realizado en una unidad de medicina familiar (UMF) del Instituto Mexicano del Seguro Social. La muestra se constituyó por 114 usuarios con diagnóstico de crónico degenerativos. Se empleó un instrumento estructurado, con siete reactivos, con preguntas cerradas. Las conclusiones entre otras fueron:

Que la mayoría de las veces la enfermera no se presenta con el paciente con un porcentaje de 73.7%, ni se dirige a él por su nombre con 73.7 %. En general se concluye que el trato digno proporcionado por enfermería es excelente en el servicio de crónico degenerativo. ⁶

Torres Mora Carolina, Rivas Espinoza Juan Gabriel en México en el 2010, realizaron un estudio titulado “Percepción del paciente hospitalizado sobre el trato digno proporcionado por una enfermera-un enfermero”. El objetivo general fue:

Conocer la percepción del paciente hospitalizado sobre el trato digno proporcionado por una enfermera o enfermero en un hospital de tercer nivel. La metodología fue un estudio comparativo, transversal y proyectivo tomándose una muestra no probabilística de 48 usuarios hospitalizados que recibieron atención del personal de enfermería de ambos sexos, se aplicaron dos instrumentos acorde al indicador de calidad trato digno modificado a escala tipo Likert para determinar si la opinión del paciente es buena, regular o mala con una Alfa de Cronbach de 0.86. Se utilizó una prueba de X^2 para la comparación de variables cualitativas, opinión del paciente y el sexo de enfermería. Las conclusiones entre otras fueron: La opinión del paciente sobre el trato digno proporcionado por las enfermeras se reportó como buena 47 (98%) y regular 1 (2%) y por los enfermeros buena 46 (96%) y regular 2 (4%). No existe diferencia en la opinión del paciente con el sexo del personal de enfermería. De acuerdo a los resultados, la opinión del paciente sobre el trato digno que proporciona el personal de enfermería es buena sin influir el sexo de éste. ³³

Nava Gómez Martha, Brito Ortiz José Félix, Valdez Escobedo Adolfo, Juárez García Arturo en Morelos México en el 2011 realizaron un estudio titulado “Trato Digno Otorgado por enfermeras en centros de salud en Morelos, México”. Su objetivo principal: Es evaluar el nivel de cumplimiento de trato digno que se ofrece a los usuarios que son atendidos por el personal de enfermería de distintos centros de salud en el estado de Morelos, México. El método fue transversal, con

una muestra de 564 cedulas en 39 centros de salud se utilizó un cuestionario diseñado por la secretaria de salud. Las principales conclusiones son:

La opinión de los usuarios indica una carencia de trato digno por parte del personal de enfermería al identificarse que más de la mitad de los centros de salud participantes, se encuentran con el indicador de semáforo en rojo. Dentro de los ítems con menos puntuación se encuentra que la enfermera no se presenta con los usuarios, tampoco se dirige a ellos por su nombre, no explica a los usuarios los cuidados o actividades a realizar, así como que la enfermera no lo hace sentirse seguro al atenderlo. Por lo que se finaliza con la importancia de iniciar acciones de capacitación, sensibilización cuyo énfasis incida en los procesos cognitivos y conductuales del personal de enfermería.⁴⁹

García Gutiérrez Citlalli, Cortes Escárcega Irma en México en el año 2012, realizaron un estudio titulado “Opinión del usuario del trato digno por enfermería en un hospital del estado de México”. La metodología fue un estudio observacional, transversal, correlacional, realizado en un hospital de segundo nivel en México, su muestra fue de 90 usuarios. El instrumento utilizado fue el formato número 1 de recolección de datos de trato digno de la SSA, modificado con respuestas tipo Likert, validado con un alfa de Cronbach de .781. Sus principales conclusiones fueron:

Desde la perspectiva del usuario el trato digno por enfermería se cumple con parcialidad, ya que la opinión del trato digno que recibe no es del todo adecuada. Para el usuario es importante conocer el nombre de la enfermera (o), pues le permitirá darle identidad propia al proveedor de los cuidados, al mismo tiempo que crea lazos de confianza y facilitara la ministración de cuidados.¹⁴

Cortes Pineda Evelin, Rodríguez Padilla Ma. Elsa en San Luis Potosí, México en el año 2010 realizaron un estudio titulado Efectos de una Intervención Educativa en los Indicadores de Calidad Trato Digno; Opinión Usuarios. La metodología fue un

estudio analítico cuasi-experimental realizado en un hospital privado en San Luis Potosí México, su muestra fue de 50 usuarios. El instrumento utilizado fue el formato número 1 de recolección de datos de trato digno de la SSA modificado con respuestas tipo Likert. Sus principales conclusiones fueron:

La mayoría de los usuarios hospitalizados (98%) evaluaron el respeto entre regular y malo, antes de la intervención educativa y posterior a la misma lo evaluaron entre excelente y bueno en un 94%. La mayoría de los usuarios consideraron que la enfermera al brindar los cuidados, pocas veces: le llamaba por su nombre; mantenía su intimidad; acudía pronto al llamado; lo miraba a los ojos y respetaba su individualidad. Se destaca que a pesar de la intervención educativa se requiere mayor entrenamiento sobre todo en las dimensiones de empatía y amabilidad, lo que demuestra que las investigaciones proporcionan elementos para la mejora en áreas específicas.¹⁵

V.- METODOLOGÍA

5.1 Tipo de estudio

Estudio de enfoque cuantitativo por nivel de alcance fue descriptivo, por el tipo de medición fue transversal ya que se realizó una medición en un periodo de tiempo determinado.

5.2 Lugar y tiempo

Se llevó a cabo en un Hospital Público General en los meses de mayo y junio de 2015, en la ciudad de San Luis Potosí.

5.3 Universo de trabajo

137 pacientes adultos hospitalizados de los servicios de cirugía hombres, cirugía mujeres, medicina hombres y medicina mujeres.

5.4 Muestra

La selección de la muestra fue no probabilística, por cuota se realizó la aplicación del instrumento a 128 usuarios adultos hospitalizados en los turnos matutino, vespertino y nocturno, los cuales cumplen con los criterios que a continuación se describen.

5.5 Criterios de estudio

Criterios de inclusión:

Usuarios que aceptaron participar en el estudio de investigación y firmaron su consentimiento informado.

Usuarios con más de 24 horas hospitalizados.

Edad mínima de 18 años.

Con condiciones físicas adecuadas para dar respuesta y sin barreras de comunicación.

Criterios de eliminación:

No fue necesario aplicarlos ya que no hubo cuestionarios incompletos.

5.6 Instrumentos de medición:

Para describir el trato digno se utilizó la adaptación elaborada Cortes Pineda, el instrumento consta de una encuesta estructurada con escala de tipo Likert con 20 ítems, con cuatro opciones de respuesta donde 0= Nunca, 1=Algunas veces, 2= Casi siempre y 3= Siempre está distribuido en cuatro indicadores: 1.El indicador confianza es la sensación de seguridad que manifiesta el usuario hacia el personal de enfermería que lo atiende, constituye 4 ítems (6, 10,14 y 17) la mínima puntuación alcanzada será 0 y la mayor 12; 2.El indicador de Empatía es la capacidad de sentir emociones como si fueran propias y que las percibe el usuario del personal de enfermería que lo atiende, consta de 5 ítems (3, 4, 11, 12,18) calificación máxima alcanzada 15 y la menor 0; 3.El indicador respeto valora los aspectos de consideración a su individualidad e intimidad, y que percibe el usuario del personal de enfermería que lo atiende, se evalúa en 6 ítems (2,5,7,16,19 y 20) la calificación máxima alcanzada para este rubro será de 18 y la mínima 0; y 4.-El indicador de amabilidad que mide los modales con que es tratado el usuario y está constituido por 5 ítems (1,8,9, 13 y 15), es la misma puntuación que para el indicador amabilidad. Para la ponderación global se determinaron los porcentajes iguales a los establecidos para la semaforización de INDICAS: Del 95 al 100 verde; de 94 al 90 amarillo y menor de 90 rojo.

En cuanto al valor otorgado por cada indicador se sumaron las respuestas de siempre y casi siempre, transformándolo al porcentaje para determinar el nivel de cumplimiento.

La ponderación global y por indicador se describe en el siguiente cuadro.

5.6.1 Ponderación del instrumento de trato digno global y por indicadores.

VARIABLE	INDICADOR	ITEMS	PONDERACIÓN POR INDICADOR	PONDERACIONES GLOBALES
Trato digno	Respeto	6 (2,5,7,16,19 y 20)	Cumple: 10-18 No cumple 0-9	SemafORIZACIÓN: VERDE 95-100% 57-60 puntos AMARILLO: 90-94% 54-56 puntos. ROJO 0-89 % 0-53 puntos
	Amabilidad	5 (1,8,9,13,15)	Cumple: 8-15 No cumple 0-7	
	Empatía	5 (3,4,11,12,18)	Cumple: 8-15 No cumple 0-7	
	Confianza	4 (6,10,14,17)	Cumple: 7-12 No cumple 0-6	

Para determinar la puntuación se consideró la suma total de cada indicador, se dividió entre 4 por ser el total de niveles esperados; estableciendo un puntaje de 4 puntos de diferencia para los indicadores de respeto, amabilidad y empatía. Para el indicador de confianza se dio un rango de tres puntos para cada nivel, en cuanto a la suma global se determinaron los porcentajes iguales a los establecidos para la semaforización de INDICAS: Del 95 al 100 verde; de 94 al 90 amarillo y menor de 90 rojo. Por lo que se consideró como semaforización verde si el rango de puntuación oscilaba entre 57 y 60 puntos (95-100%), amarillo de 54 a 56 puntos (90-94%) y rojo de 0 a 53 puntos (> 90%). El índice de validez de contenido correspondiente al instrumento es de un alfa de Cronbach de 0.935. (Anexo 1).

5.6.2 Instrumento de datos sociodemográficos.

Se elaboró exprofeso un apartado con los datos del paciente tales como edad en años, sexo, estado civil, nivel de escolaridad, nivel socioeconómico. (Anexo 2)

5.7 Procedimientos.

La revisión del protocolo se realizó a través del Comité Académico del Programa de la Maestría en Administración de la Atención de Enfermería, una vez aprobado se solicitó la verificación de los siguientes comités: Ética e investigación de la Facultad de Enfermería de la UASLP y simultáneamente por el Comité de Ética del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto. Una vez aceptado por la institución se estableció coordinación con la Jefe de Enfermeras y Jefe de Enseñanza para explicar los mecanismos de recolección de datos y los horarios establecidos para dicha recolección.

5.8 La Prueba Piloto: Para la realización de la prueba piloto se concertó una cita con el departamento de enfermería y comité de ética de enfermería del hospital central en enero, en dicha cita se nos solicitó la entrega de protocolo para lectura se dejó una copia, posteriormente se informó que había sido aprobado ya por el departamento de enfermería y comité de ética y se pasó a lectura en inicios de febrero al Comité de Ética e investigación de la institución; de manera simultánea se solicita la revisión de protocolo al comité de ética de la facultad de enfermería, aprobándose por el comité del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto el 17 de febrero del 2015 con número de registro 11-15 y por el comité de ética de la facultad de Enfermería con registro CEIFE-2015-114. Posterior a la aprobación nuevamente se concertó una cita con el departamento de ética de enfermería del hospital para definir fechas de inicio de recolección de prueba piloto, así como para informar al servicio donde se llevara a cabo y la metodología de recolección.

5.9 Recolección de datos: Se llevó a cabo posterior a la aprobación del Comité de Ética e Investigación del Hospital Central y el visto bueno del Departamento de Enfermería. Se realizó con 128 usuarios adultos internados en los servicios de cirugía hombres, cirugía mujeres, medicina hombres, medicina mujeres se aplicó a los usuarios del turno matutino, vespertino y nocturno; el momento idóneo para su aplicación fue una hora previa al enlace de cada turno, se calculó en promedio 15 minutos para responder por cada usuario se realizó una selección por cuota determinando 32 usuarios por cada turno; se obtuvo su consentimiento informado previo a la entrega del instrumento de trato digno. La encuesta fue foliada con números progresivos. La dinámica de recolección de datos fue mediante un cuestionario auto aplicado.

5.10 Análisis Estadístico. Para el análisis estadístico se procesaron los datos en SPSS versión 19 y EXCEL, se elaboró la base de datos, se utilizó estadística descriptiva con el uso de frecuencias y proporciones. Para interpretar los resultados se organizó mediante indicadores, se determinó el nivel alcanzado para cada una de los indicadores (empatía, confianza, amabilidad y respeto), así como la suma total para obtener la puntuación global de trato digno en los servicios de medicina y cirugía de hombres y mujeres. Se establecieron niveles de porcentaje para el cumplimiento del indicador acordes a los establecidos por indicas según se refiere el cuadro 5.6.1

VI- CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

La presente investigación se basa en lineamientos tendientes a valorar la dimensión ética de los proyectos de investigación aplicables a los principios básicos de: Respeto a las personas, la búsqueda del bien y la justicia.

Para garantizar el respeto a las personas se incorporan dos consideraciones éticas fundamentales, las cuales son el respeto a la autonomía y la protección de las personas con autonomía disminuida, por lo que se dará garantía al no involucrar en el estudio a personas vulnerables.⁵⁰

En cuanto a los principios éticos que establecen recomendaciones para la investigación clínica en seres humanos, se encuentra el código de Núremberg en el cual se describe el consentimiento voluntario del sujeto humano y será esencial para tomar en cuenta en este estudio. Esto quiere decir que la persona implicada debe tener capacidad legal para dar su consentimiento; que debe estar en una situación tal que pueda ejercer su libertad de escoger, sin la intervención de cualquier elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción o algún otro factor coercitivo o coactivo; y que debe tener el suficiente conocimiento y comprensión del asunto en sus distintos aspectos para que pueda tomar una decisión consciente.⁵¹

Al inicio de la encuesta se le explicó al usuario el mecanismo para su participación y su derecho a participar en ella sin que esto le genere represalias durante su hospitalización. Se les solicitó a todos los participantes firmen una carta de consentimiento informado, se le explicó que en el momento que decidan tienen el derecho de abandonar su participación en la investigación si así llegara convenir a sus intereses. (Anexo 3)

Todos los datos recabados se utilizarán con fines de investigación y no se dará a conocer sus nombres en los resultados que den evidencia de su identidad.

Otro punto en que se basa el presente estudio es el código de Helsinki y la declaración de Ginebra en el cual se establece que hay que “velar solícitamente con y ante todo por la salud del paciente”, por lo que se cuidará de aplicar los principios básicos de:⁵²

- 1.- Proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.
- 2.- El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación, a un comité de ética de investigación antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. No se debe hacer ningún cambio en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité.
- 3.- La participación de personas debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona competente debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte de forma libre.
- 5.- Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su

información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.⁵²

Por otra parte se apoya en la Ley General de Salud en materia de Investigación en Humanos ya que la presente considera que la investigación para la salud es un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general; así como incrementar su productividad, conforme a las bases establecidas en dicha Ley y el desarrollo de la investigación para la salud se atenderá a aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación.⁵³

Se contará con el dictamen de las comisiones de investigación, ética y la de bioseguridad (Art. 14, VII) siendo los siguientes comités: Comité Académico del Programa de Maestría en la Administración de la Atención de Enfermería, Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería y el Comité de Ética e Investigación del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto.

Los beneficios del presente proyecto se basan en la mejora de los procesos organizacionales, en el indicador de trato digno, lo que contribuye al aumento en la calidad de los servicios sanitarios, disminuir los costos de atención con mayor productividad laboral para lograr un trabajador eficaz y eficiente con el mínimo riesgo en la atención, fortalecer la estructura administrativa, ya que se considera al recurso humano en enfermería como un elemento importante en los procesos administrativos y el principal prestador de los servicios sanitarios.

Se minimizará el riesgo en el sesgo de la información mediante la sensibilización al paciente en la confidencialidad de sus respuestas. Será un cuestionario autoaplicado en los servicios de cirugía hombres, cirugía mujeres, medicina hombres, medicina mujeres el manejo de los datos será confidencial, se dará un informe a la institución sobre los resultados finales, se

salvaguardara la identidad del paciente y del personal a su cargo con el propósito de mejorar la calidad del trato digno.

No existe beneficio o interés personal o privado puede influir en un juicio o decisión profesional al realizar esta investigación.

En lo que respecta a los derechos de autor la transformación, reproducción y comunicación pública de esta investigación corresponden a la autora de este proyecto, quien se compromete a salvaguardar y mantener discreción de los datos que se obtengan a través de los instrumentos y los resultados se utilizarán con fines académicos, por lo que una vez concluida la investigación se informará de manera oficial a las autoridades del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto. Para la difusión de los resultados, la autora y sus asesoras quedan en acuerdo mutuo de que la publicación escrita estará en estricto apego a las normas de autoría y se establece la carta de no conflicto de intereses. (Anexo 4)

VII. RESULTADOS

Los resultados se presentan en orden a los objetivos, en primer lugar se describen las características sociodemográficas. Posteriormente se describe el análisis paramétrico del trato digno de manera global y mediante el análisis de las cuatro indicadores: respeto, amabilidad, empatía y confianza; se muestra además el análisis de los indicadores de trato digno de acuerdo a cada servicio donde se realizaron las encuestas.

Posteriormente se describen los ítems según cada indicador con la finalidad de resaltar las áreas mejor evaluadas así como los ítems con mayores áreas de oportunidad. Finalmente se exponen la semaforización del trato digno, global, por turno y servicio. Dichos resultados se describen a continuación:

El presente cuadro tiene la finalidad de dar a conocer las características sociales, demográficas y laborales de los pacientes hospitalizados en las áreas de medicina y cirugía, los cuales fueron encuestados, dado que el estudio es descriptivo no se relacionara con los datos encontrados sobre trato digno.

Cuadro 1. Características sociodemográficas de la población adulta encuestada en un Hospital General. S. L. P. Mayo - Junio 2015

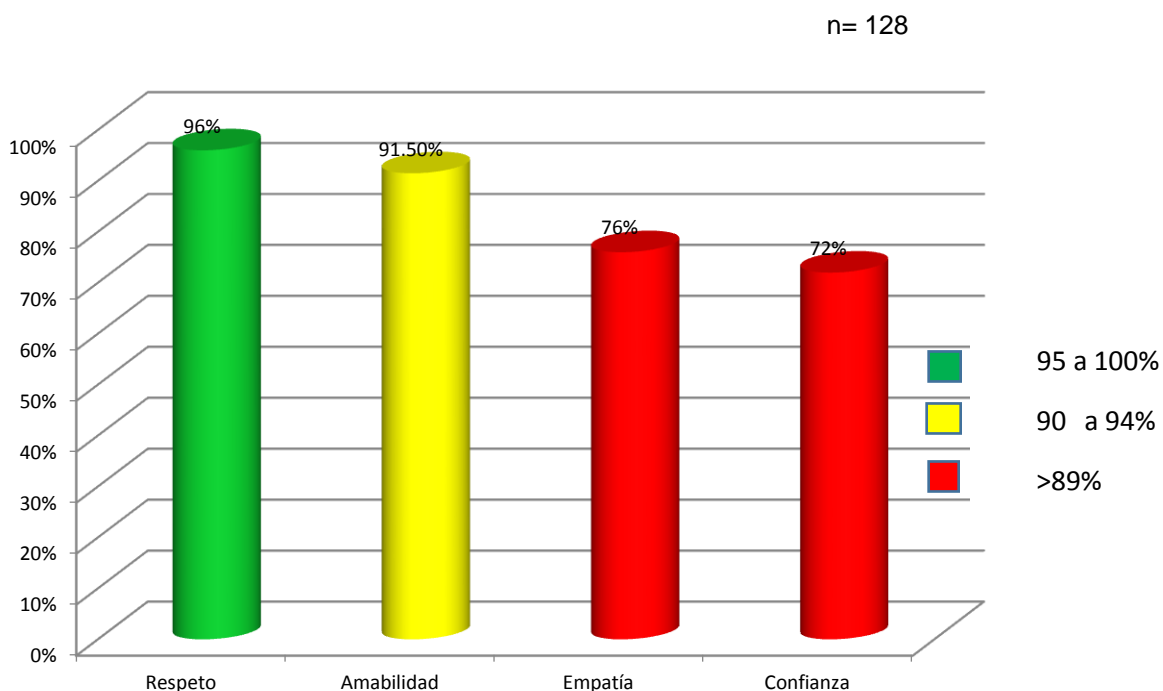
Variables	f	n=128
		%
Genero		
Femenino	61	47.7
Masculino	67	52.3
Grupo de edad en años		
18 – 27	26	20.3
28-37	16	12.5
38-47	27	21.1
48-57	22	17.2
58-67	32	25.0
68-77	4	3.1
78-87	1	0.8
Estado Civil		
Soltero	38	29.7
Casado	66	51.6
Unión libre	11	8.6
Separado	7	5.5
Viudo	6	4.7
Nivel Académico		
Primaria	64	50
Secundaria	38	29.7
Preparatoria	16	12.5
Profesional	10	7.8
Ocupación		
Empleado	42	32.8
Obrero	8	6.3
Ama de casa	48	37.5
Estudiante	8	6.3
Jubilado	4	3.1
Desempleado	5	3.9
Jornalero	13	10.2

FUENTE: Cuestionario Datos sociodemográficos

La mayoría de la población de estudio fue del género masculino, el grupo de edad predominante es de 58 a 67 años con el 25 % (32). En cuanto al estado civil son casados con 50.8 % (65). El nivel académico el mayor porcentaje solo tiene la primaria con 50% (64). En lo que respecta a la ocupación el grupo mayoritario se encuentra entre las amas de casa con 37.5 % (48), seguido de los empleados con 32.8 % (42)

A continuación se presentan los resultados obtenidos sobre trato digno de manera Global y de acuerdo a cada una de sus indicadores.

Grafico 1. Evaluación global del cumplimiento del indicador trato digno otorgado por enfermería de acuerdo a sus indicadores, realizado en un Hospital General.S.L.P. Mayo – Junio 2015.

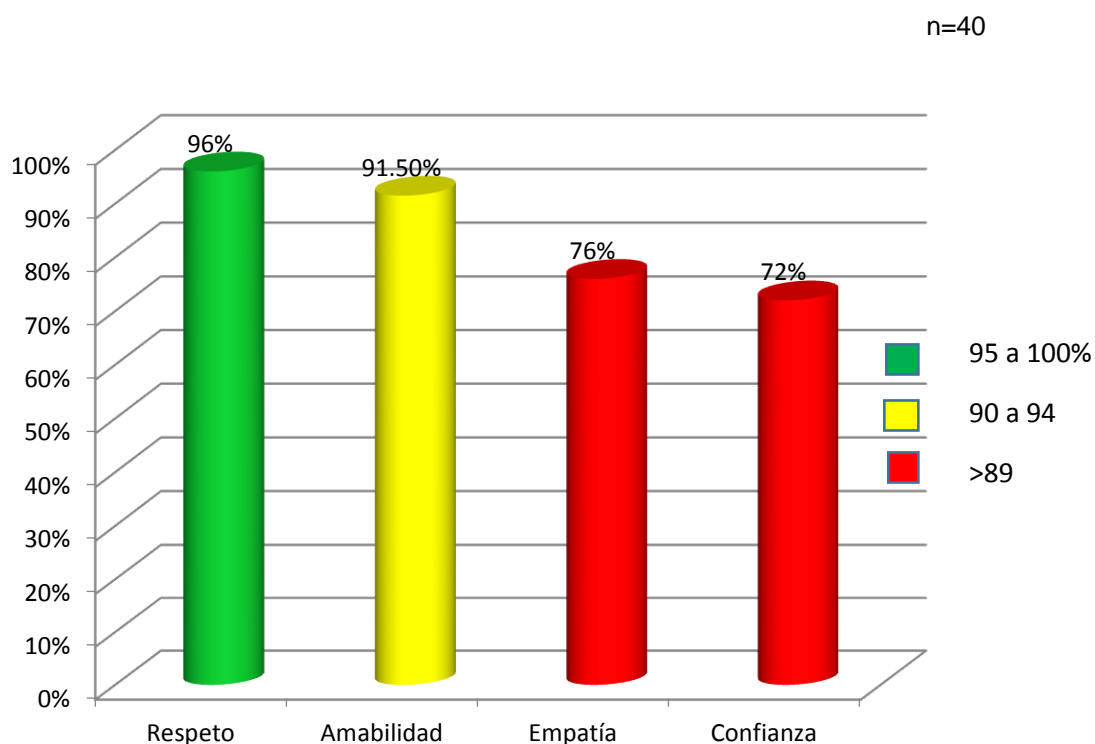


Fuente: Trato digno adaptación Cortez Pineda

En el siguiente grafico se observa que la mayoría de los usuarios evaluó los indicadores de respeto y amabilidad con porcentajes elevados, sin embargo en los indicadores de empatía y confianza deben redoblarse esfuerzo puesto que los usuarios los calificaron con porcentajes más bajos. No obstante a pesar de que los usuarios evaluaron los indicadores de trato digno con porcentajes elevados, solo alcanzaron el 83.5% lo que indica que globalmente se encuentra en semaforización roja, por lo que no cumple con el estándar establecido por el INDICAS.

A continuación se presenta la evaluación global de trato digno otorgado por enfermería en función de cada servicio estudiado.

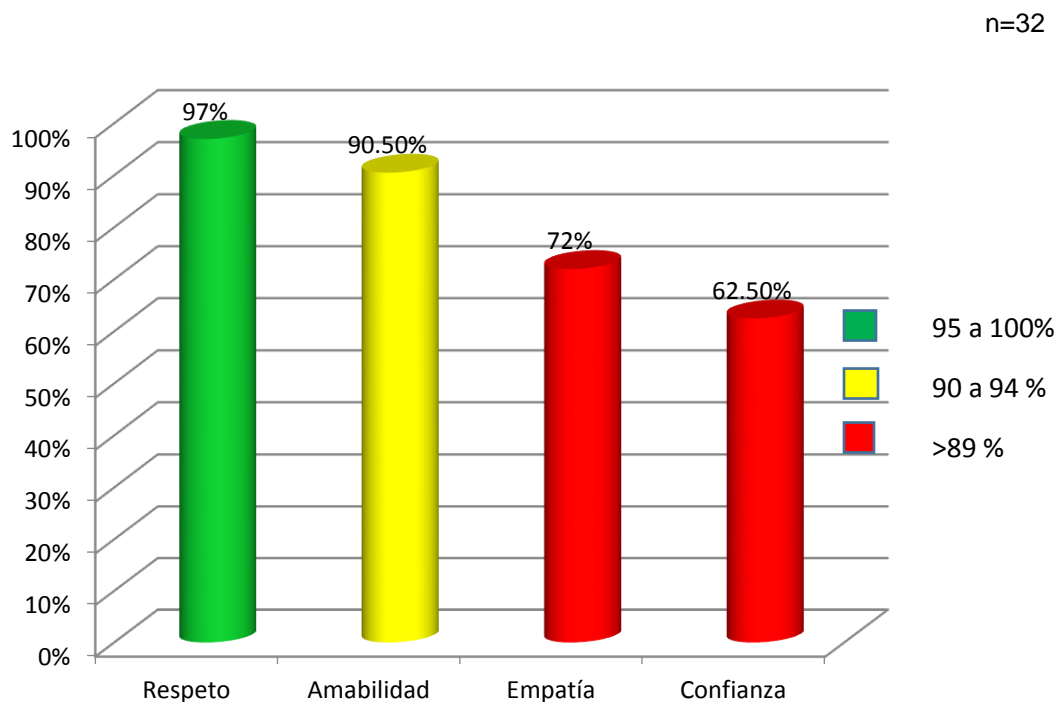
Grafico 2. Evaluación de los indicadores que conforman el trato digno otorgado por enfermería en el servicio de cirugía hombres de un Hospital General. S.L.P. Mayo – Junio 2015.



Fuente: Directa

En el servicio de cirugía hombres la mayoría de los usuarios calificaron con mayores porcentajes el indicador respeto y amabilidad y con menor porcentaje los indicadores de empatía y confianza.

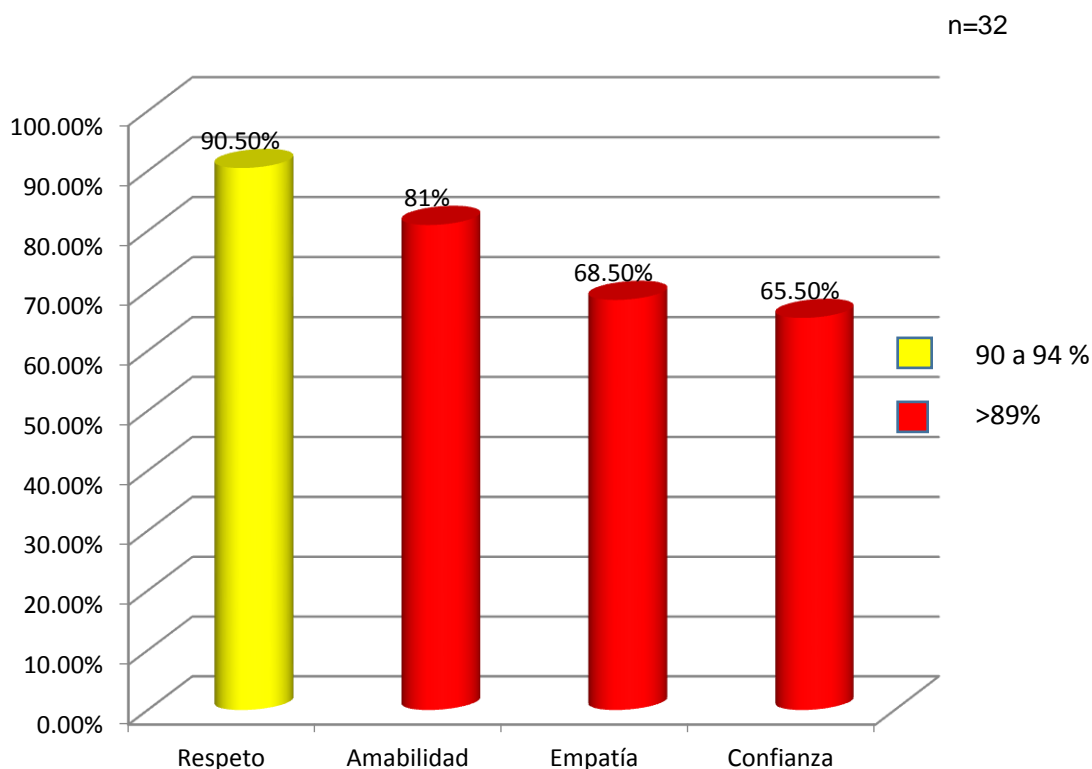
Grafico 3. Evaluación de los indicadores que conforman el trato digno otorgado por enfermería en el servicio de cirugía mujeres de un Hospital General. S.L.P. Mayo - Junio 2015.



Fuente: Directa

En el servicio de cirugía mujeres se destaca la mayoría de los usuarios ubicaron el indicador respeto con el más alto porcentaje seguido del indicador amabilidad, sin embargo se pueden observar áreas de oportunidad en los indicadores de empatía los cuales obtuvieron una diferencia un poco mayor a la mitad.

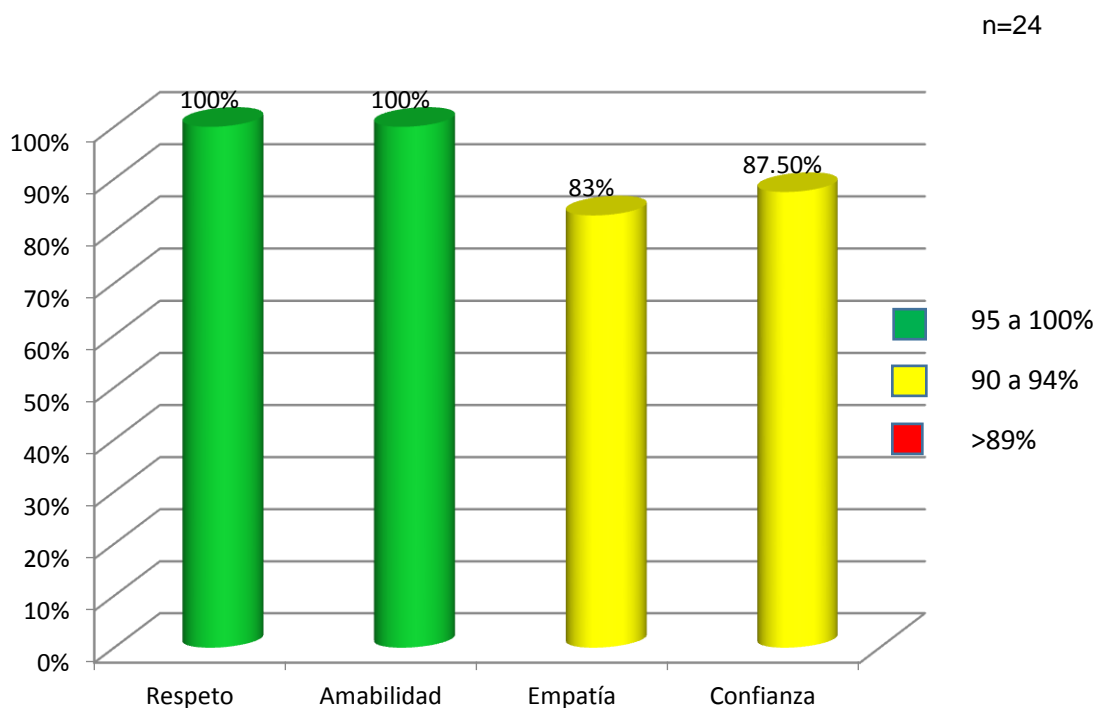
Grafico 4. Evaluación de los indicadores que conforman el trato digno otorgado por enfermería en el servicio de medicina hombres de un Hospital General. S.L.P. Mayo – Junio 2015



Fuente: Directa

En el servicio de medicina hombres los indicadores de respeto y amabilidad son los que se encuentran con mayores porcentajes, por el contrario de los indicadores de empatía y confianza donde los usuarios los califican con porcentajes solo por encima del 50 %.

Grafico 5. Evaluación de los indicadores que conforman el trato digno otorgado por enfermería en el servicio de medicina mujeres de un Hospital General. S.L.P. Mayo - Junio 2015.



Fuente Directa

En este servicio la mayoría de los usuarios evaluaron los indicadores de respeto y amabilidad con altos porcentajes, pero se aprecia que hay áreas de oportunidad en los indicadores de empatía y confianza.

Cuadro 2. Descripción del cumplimiento del indicador respeto por Ítems del trato digno proporcionado por enfermería en un hospital General. S.L.P. Mayo - Junio 2015

ITEM	n =128	
	C	N.C
	%	%
La enfermera:		
Se dirige a usted por su nombre	95.5	4.5
Procura ofrecerle las condiciones necesarias para mantener su intimidad	73.5	26.5
Lo respeta al proporcionarle su cuidado	91.5	8.5
Acude a su llamado en un tiempo razonable	53.0	47.0
Lo mira a los ojos cuando se dirige a usted	80.5	19.5
Respeta su individualidad, sus creencias y costumbres	94	6.0

Fuente Directa

C= Cumplimiento , N.C = No Cumplimiento

En el indicador respeto resalta que la enfermera se dirige al usuario por su nombre, lo respeta al proporcionarle su cuidado, respeta su individualidad, sus creencias y costumbres. Sin embargo hay rubros que se deben mejorar tal es el caso de ofrecerle a los usuarios las condiciones necesarias para mantener su intimidad, acudir al llamado y el mirarlo a los ojos al dirigirse a ellos.

Cuadro 3. Descripción del cumplimiento del indicador amabilidad por Ítems del trato digno proporcionado por enfermería en un hospital General. S.L.P. Mayo - Junio 2015

ITEM	n=128	
	C %	N.C %
Al momento de atenderlo la enfermera lo saluda amablemente	86	14
Lo orienta sobre los cuidados de acuerdo a su padecimiento	67	33
Lo atiende de forma amable durante su turno	84.5	15.5
Es amable al dirigirse a usted	87.5	12.5
Se presenta con usted por su nombre	80.5	19.5

Fuente Directa

C= Cumplimiento N.C = No Cumplimiento

En el indicador amabilidad sobresale que la enfermera saluda amablemente al paciente sin embargo se debe hacer hincapié en orientarlo sobre los cuidados que debe tener de acuerdo a su padecimiento, así como presentarse por su nombre y ser amables al dirigirse a ellos durante todo momento.

Cuadro 4. Descripción del cumplimiento del indicador empatía por Ítems del trato digno proporcionado por enfermería en un hospital General. S.L.P. Mayo - Junio 2015

ITEM	n=128	
	C %	NC %
La enfermera le explica sobre los cuidados o actividades que le realizan	69.5	30.5
Se interesa dentro de lo posible que su estancia sea agradable	78	22
Se toma el tiempo necesario para examinarlo	59.5	40.5
Se interesa por escucharlo	60	40
Es comprensiva al escuchar sus problemas	65	35

FUENTE DIRECTA

C = Cumplimiento, NC No Cumplimiento

En el indicador empatía se encontraron áreas de oportunidad puesto que los usuarios consideran que la enfermera no siempre cumple al explicar sobre los cuidados que les realizaran, así como coinciden en que no se toma el tiempo necesario para examinarlo, tampoco están cumpliendo en su totalidad al interesarse por escucharlo y ser comprensivas al escuchar sus problemas.

Cuadro 5. Descripción del cumplimiento del indicador confianza por Ítems del trato digno proporcionado por enfermería en un hospital General. S.L.P. Mayo – Junio 2015.

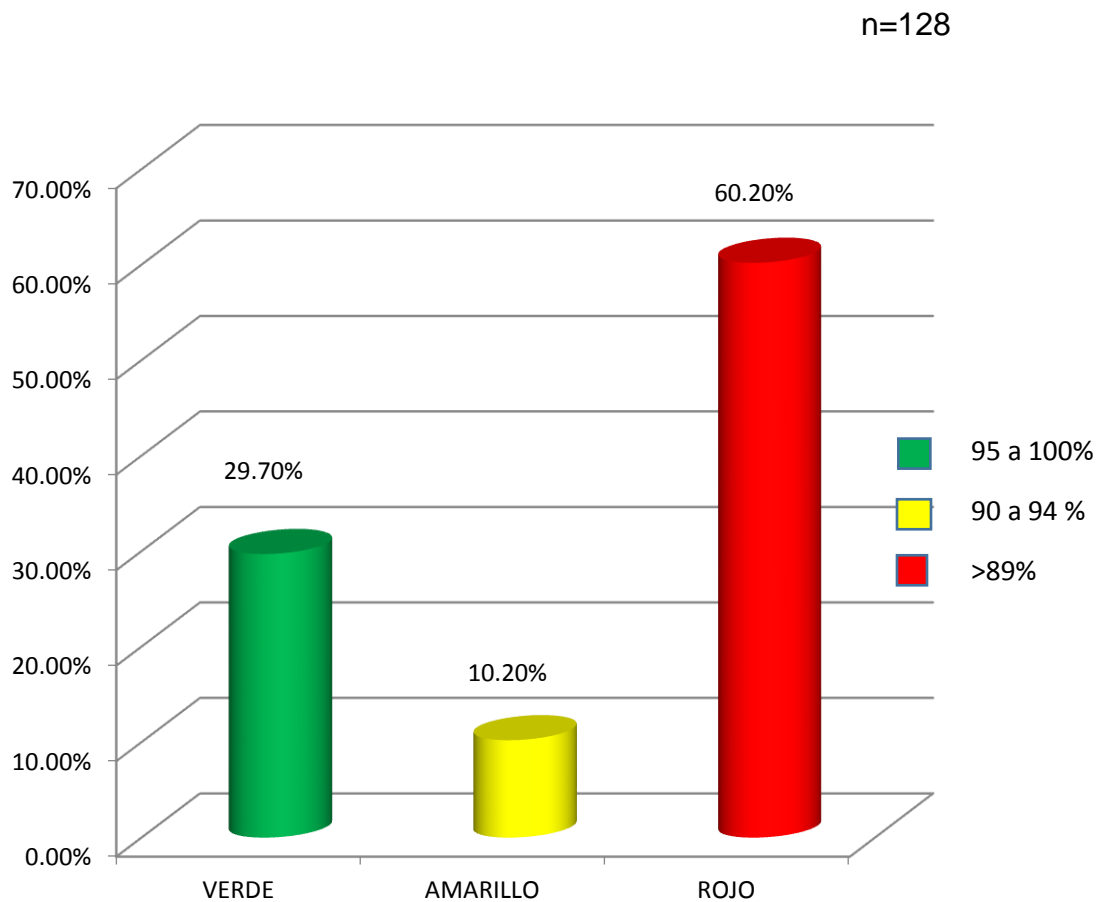
ITEMS	n=128	
	C %	NC %
La enfermera le brinda seguridad al atenderle	81.5	18.5
Siente confianza con la enfermera que le proporciona los cuidados	68	32
Siente confianza para preguntar sobre cuidados a seguir en su domicilio	67	33
Siente confianza para comentar sus problemas de salud.	61.5	38.5

Fuente: Directa

C= Cumplimiento, NC= No Cumplimiento

Se encontraron grandes áreas de oportunidad en lo que respecta al indicador confianza puesto que a pesar de que los pacientes mencionan que la mayoría del personal de enfermería cumple al brindarles seguridad al atenderlos, solo es de forma parcial ya que no se está cumpliendo totalmente con el indicador debido a que los usuarios describen que no sienten confianza para preguntar sobre los cuidados que deben tener en su domicilio y para comentar sus problemas de salud.

Grafico 6. Semaforización de la evaluación global sobre el Trato Digno otorgado por enfermería en unidades para adultos de un Hospital General. S.L.P. Mayo – Junio 2015.

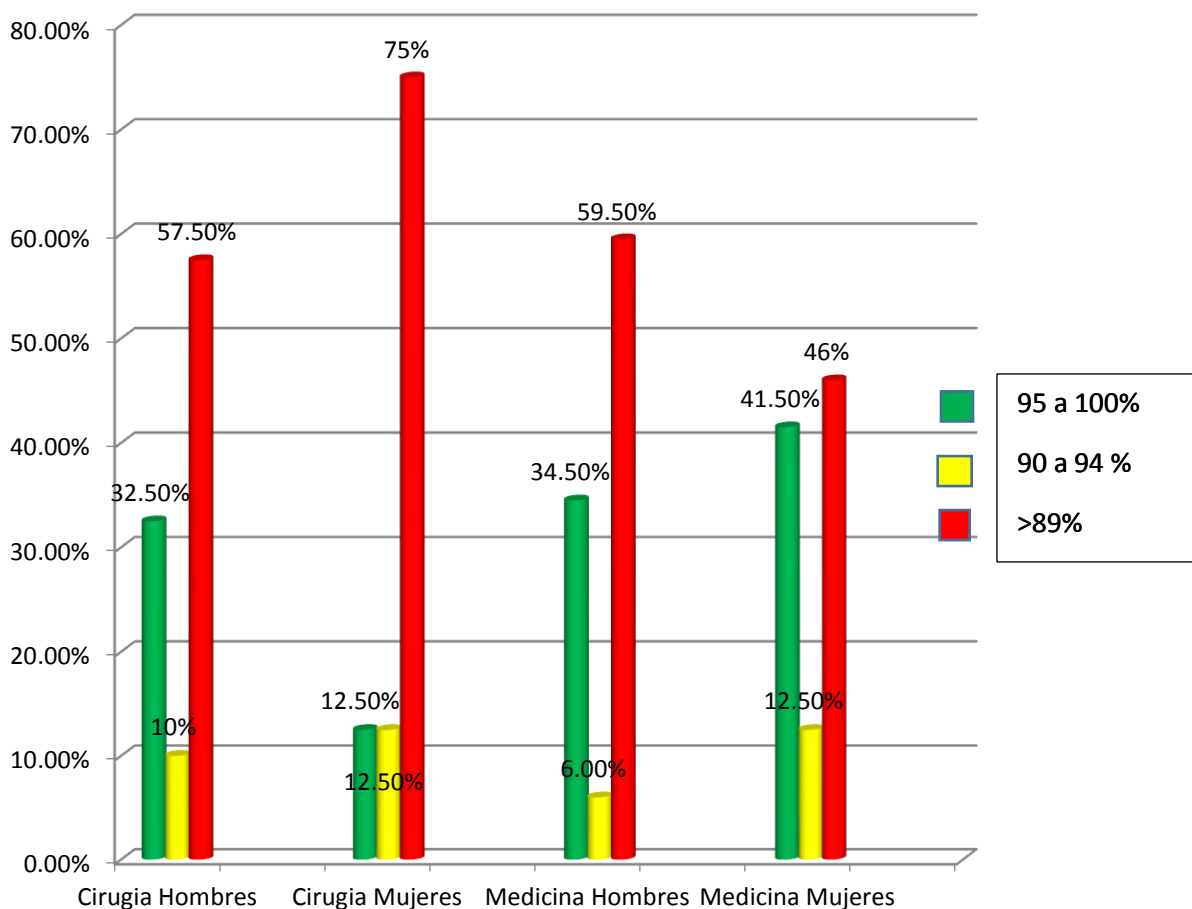


Fuente Directa

La mayoría de los usuarios coincide que el trato digno se encuentra en semaforización roja, evaluando con 75.1% de cumplimiento lo que indica que no se cumple con el estándar establecido por INDICAS.

Gráfico 7. Semaforización del trato digno proporcionado por enfermería en los servicios de cirugías y medicinas de un hospital general. Mayo – Junio 2015.

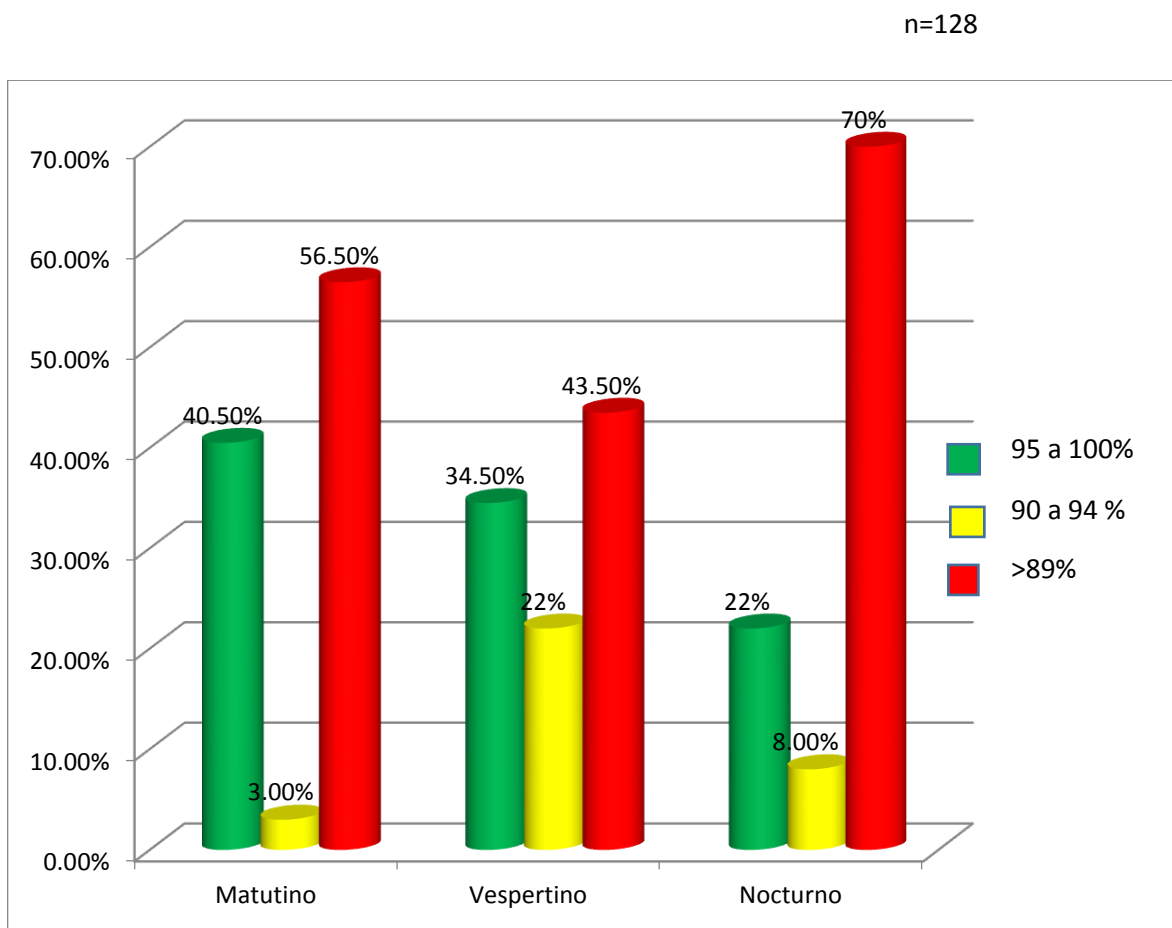
n=128



Fuente Directa

El gráfico nos muestra que en la mayoría de los servicios se encontraron en semaforización roja, no obstante el que le sigue en porcentaje es el semáforo verde por lo que se debe continuar redoblando esfuerzos con la finalidad de cambiar el porcentaje a dicho semáforo, se observan áreas de oportunidad en el servicio de cirugía mujeres dado que fue el que obtuvo mayor puntuación en semaforización roja.

Gráfico 8. Semaforización del trato digno otorgado por enfermería en los turnos matutino, vespertino y nocturno de un Hospital General S.L.P. Mayo – Junio 2015.



La población estudiada reporto el turno matutino con mejor trato digno sin embargo los porcentajes más altos alcanzado en todos los servicios ubican el trato digno en semáforo rojo. Observando que el turno con mayor área de oportunidad se encuentra en el nocturno.

VIII DISCUSIÓN

Según el artículo 4º. De la Constitución Política De Los Estados Unidos Mexicanos se otorga a toda persona el derecho a la protección de la salud, al que todo mexicano debe aspirar sin distinción alguna, por lo que de ahí se considere la mejora de la calidad de los servicios de enfermería prestados en los establecimientos de salud, siendo necesario contar con un sistema de evaluación que permita identificar las áreas de oportunidad para desarrollar proyectos de mejora continua de los servicios.⁵⁴

La Ley General de Salud señala en su artículo 51, los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea, a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.⁵⁵

Los resultados obtenidos en el presente estudio fueron en base a la evaluación de los usuarios a cerca del trato digno que proporciona el personal de enfermería en los servicios de cirugía y medicina interna de un hospital de segundo nivel se determinó mediante cuatro indicadores; respeto, amabilidad, empatía y confianza. En los últimos años se han creado y desarrollado nuevos programas para mejorar la calidad de la atención de enfermería hacia los pacientes tanto en calidad técnica como en calidad interpersonal sin embargo aún se perciben oportunidades de mejora.

En este estudio a pesar que la mayoría de los usuarios califico adecuadamente el trato, el porcentaje global no alcanza para cumplir con la semaforización verde según lo plantea el INDICAS, obteniendo semaforización roja lo cual coincide con varias investigaciones como es la realizado por Nieto y colaboradores donde señalaron que el indicador trato digno era bueno,

evaluándolo con un estándar de 95% de cumplimiento, sin embargo cada una de las variables que conformaban el indicador se encontraban por debajo del mismo.¹⁶ Al igual que Martínez Ibarra donde encontró el trato digno en semaforización roja⁵⁶. En contraste Torres Mora reportó el trato digno como bueno con 98%.³³

En cuanto a los indicadores que conforman el trato digno el mejor evaluado y que alcanza el estándar fue el indicador de respeto seguido de amabilidad, a diferencia del estudio de Cortez Pineda quien encontró el indicador respeto como deficiente. En el presente estudio los indicadores con menores porcentajes se ubicaron en empatía y confianza lo que nuevamente coincide con el estudio realizado por Cortez Pineda donde encontraron los mismos indicadores por debajo del estándar.¹⁵

En lo relativo a la variable trato digno sobre el indicador respeto sobresale que la mayoría de los usuarios considero como bueno este indicador, a diferencia con el estudio realizado por Puebla, Ramírez, Ramos Y Moreno donde se reportó que la mayoría de los usuarios no eran tratados con respeto 46.74%.⁵⁷ Dentro de los ítems que conforman este indicador se encontró que los usuarios calificaron con altos porcentajes la variable donde la enfermera lo llama por su nombre, en contraste con un estudio realizado por Carrillo Martínez⁶ donde menciona que la mayoría de las veces la enfermera no se dirige a él por su nombre con 73.7 %. No obstante aún hay áreas de oportunidad dentro de los ítems que conformaban este indicador debido a que los usuarios refieren que el personal de enfermería no acude de forma oportuna a su llamado. Lo que coincide con un estudio realizado por Cortez Pineda donde menciona que la enfermera no acudía a su llamado de manera frecuente.¹⁵ En lo que respecta a los ítems procura ofrecerle las condiciones necesarias para mantener su intimidad y si sentían respetados al proporcionarles su cuidado se encontraron en semaforización roja y amarilla respectivamente, lo que difiere de los resultados publicados en la plataforma de

INDICAS para el cuatrimestre 03 del 2015 donde se reportan dichos ítems en semaforización verde. Por lo que se puede destacar que el esfuerzo por llegar a obtener calidad en la atención ha mejorado en este rubro sin embargo hay que continuar redoblando esfuerzos hasta alcanzar la excelencia.¹³

Es importante que todo el personal de enfermería entienda, comprenda y aplique los cuidados enfermeros con respeto; como describe Watson ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas del cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería".⁵⁸ "El respeto es el reconocimiento del valor inherente y de los derechos innatos de los individuos y la sociedad. Estos deben ser reconocidos como el foco central para lograr que las personas se comprometan con el propósito más elevado de la vida"⁵⁸. Según la OMS el respeto a la salud se define como simplemente no inferir en el disfrute del derecho a la salud "no perjudicar".

Los pacientes tienen derecho a recibir un cuidado integral de calidad y para eso se requiere de enfermeras profesionales con una estimación y respeto de sí mismas y de los demás, que amen la vida en cualquiera de sus formas y que manifiesten sus valores a través de la paciencia y la inteligencia, con capacidad de observación, reflexión y optimismo para que puedan conducir su práctica con un alto sentido ético y de satisfacción propia. Por todo esto se hace necesario que la enfermera conozca las potencialidades y debilidades de sí misma y de los demás, esa cualidad de reconocer su capacidad humana implica su disposición de dar, de conducirse y de actuar, así como de renunciar a todo aquello que pueda hacer y hacerle daño.⁵⁹

En lo referente al indicador amabilidad tres de los cuatro servicios encuestados calificaron de forma adecuada dicho indicador, los usuarios opinaron sentir que

el personal de enfermería era amable al brindar su atención, lo que concuerda con lo encontrado por Cortez Pineda en su investigación donde menciona que esta categoría es la mejor evaluada posterior a su intervención educativa.¹⁵ Sin embargo en la presente investigación se encontró que los usuarios coinciden en que no todo el personal de enfermería los orienta sobre los cuidados acerca de su padecimiento lo cual coincide con la investigación realizada por Jiménez y Villegas quienes concluyen, que los usuarios reciben una explicación mínima de los procedimientos que se les realiza con 13%.⁶⁰ Al igual que Martínez Ibarra expone en sus resultados que se encuentra con semaforización roja el ítem, le enseña los cuidados respecto a su padecimiento con 76.1 %.⁵⁶ Lo anteriores resultados ponen de manifiesto que aun el comportamiento de los indicadores de trato deben mejorarse en la institución en la cual se realizó el estudio debido a que tanto en esta investigación como en los resultados publicados por INDICAS para el cuatrimestre 03 del año 2015 se encuentran en semaforización roja que no se orienta sobre los cuidados respecto a su padecimiento y que la enfermera no se presenta por su nombre.¹³

Moreno Monsiváis señala que una buena atención interpersonal de enfermería se ofrece cuando las enfermeras brindan atención a sus pacientes con una interacción agradable, amigable, respetuosa, con trato amable, concentradas en las necesidades de los pacientes, interesadas en sus problemas y en su bienestar, a través de un trato cortés durante el proceso de enfermedad.⁶¹

Según Cardona Torres la empatía es considerada como la habilidad de “sentir con los demás”, de experimentar las emociones de otros como si fueran propias⁴³. Una relación empática entre el cuidador y el paciente no sólo define la calidad de la experiencia del paciente, como beneficiario de la atención, sino que también contribuye a la evolución de los pacientes según Ward Julia.⁶²

El profesional de Enfermería debe adoptar una actitud empática comprendiendo y transmitiendo esa empatía y comprensión, pasando por cada

una de las fases descritas en el proceso de empatizar: 1. Fase de identificación: en la que nos identificamos con la otra persona y con su situación. 2. Fase de incorporación y repercusión: incorporación de los elementos de la experiencia del paciente que son semejantes a los propios. 3. Fase de separación: apartarse de la implicación sentimental, manteniendo una distancia para evitar sentimientos de culpa. Sin esta fase, existe una alta probabilidad de sufrir el síndrome del “burn- out” (Bermejo, 1996).⁶³

En el presente estudio el indicador de empatía se encuentra en semaforización roja 72 %; se encontró con más baja puntuación los ítems donde se cuestiona si la enfermera se toma el tiempo necesario para examinarlo, se interesa por escucharlo y si es comprensiva al escuchar sus problemas obteniendo resultados similares a la investigación de Cortez Pineda donde los usuarios opinaron que solo algunas veces se interesaban por escucharlos.¹⁵

Hay que señalar que en esta investigación se encontró con el 69.5% el ítem donde se cuestiona si la enfermera le explica sobre los cuidados o actividades que le realizan lo cual coincide con un estudio realizado por García y Cortez donde se encontró que el 48% de los pacientes aseguraron que no habían recibido una explicación previa a los procedimientos que le realizó la enfermera.¹⁴ En otro estudio realizado por Díaz Ríos se encontró que en los dos cuatrimestres en los que se realizó la investigación prevaleció que la enfermera no explica los cuidados a realizar con el 4.4% para el primer cuatrimestre y 10% para el segundo cuatrimestre.⁶⁴

Se obtuvieron resultados similares tanto en la presente investigación como en los publicados para dicha institución en el cuatrimestre 03 del año 2015, donde se observa que la enfermera no explica sobre los cuidados a realizar quedando en semáforo rojo para esta investigación y amarilla para los publicados por INDICAS, se puede observar que hay diferencias en el comportamiento de las variables ya en esta investigación se encontró en semaforización roja el ítem

donde se cuestiona si la enfermera se interesa que su estancia sea agradable y en los resultados de INDICAS se encontraba en verde.¹³

Según Gutiérrez Meléndez “la deficiente atención personalizada y la deshumanización de quienes prestamos los servicios de salud afecta al paciente que se convierte en un objeto una vez que ingresa a una unidad hospitalaria, dentro de la unidad médica el paciente pierde sus rasgos personales e individuales, sus sentimientos y valores no se toman en cuenta y pasa a ser un numero de habitación o expediente clínico o patología o diagnostico quedando en el olvido su dimensión emocional y personal única en cada paciente o individuo, lo que señala como inexistencia de trato digno para el paciente.”⁶⁵

Según Watson “El cuidar sin empatía, sin respeto, sin el cariño con que se debe cuidar del otro, olvidando que es el centro del quehacer enfermero, tal como nos indica Álvarez: "El ejercicio profesional del equipo de salud adolece actualmente de un proceso de deshumanización en la sociedad globalizada, en las cuales prevalece un vacío espiritual y la cultura de la banalidad" ⁶⁶

En cuanto a la dimensión confianza señalada por Ramírez: son los cuidados proporcionados por el personal de enfermería que permiten al paciente confiar en que ellos se orientan hacia la recuperación, manteniendo una constante interrelación con él. La relación de confianza es elemento importante del cuidado.⁶⁷

El indicador Confianza se encontró en semáforo rojo con 87%, encontrando oportunidad de mejora en los ítems donde se cuestiona si siente confianza con la enfermera que le proporciona los cuidados y si siente confianza para comentar sus problemas de salud. Lo que nuevamente coincide con el estudio realizado por Cortez Pineda donde también refirieron que algunas veces se sentían seguros con el personal que los atendía, si le preguntaban a la

enfermera sobre sus dudas, cuidados y tratamiento, comentaban sus problemas relacionados con la salud.¹⁵ En lo que respecta al ítem si siente seguro con la atención brindada por enfermería se encontró en semaforización roja a diferencia de los resultados publicados por INDICAS donde se encontró en amarillo.¹³

Al desarrollar una adecuada relación enfermera-paciente, desde que este último ingresa al hospital, nos permite elaborar una valoración más exhaustiva de su estado de salud; identificando a primera vista las necesidades que se encuentran alteradas en ese momento. Sin este proceso no se podrían planificar los cuidados.⁶⁸

Según Cinabal Luis “la relación enfermera-paciente es primordial para que el usuario deposite la confianza en el personal de enfermería lo cual se realiza mediante una relación de ayuda, esta relación se define como ayuda concreta y puntual que se da entre dos personas en un momento y durante un tiempo determinado; el autor señala que generalmente el personal de enfermería puede mostrar ansiedad o desinterés durante la relación de ayuda lo que generalmente es percibida por el paciente y da como resultado falta de confianza ⁶⁹

Según Barragán y Manrique la satisfacción del usuario obedece más a la funcionalidad del servicio. Es decir, a aspectos tangibles e intangibles dentro del mismo; mientras que la calidad percibida apunta a una evaluación global y es pertinente puesto que permite la toma de decisiones gerenciales y condiciona la atención.⁷⁰

En cuanto al turno, los tres turnos se encuentran en alerta roja, sin embargo el turno matutino fue el que alcanzo un porcentaje más elevado en semáforo verde. De forma global el turno nocturno concentro el mayor porcentaje en semaforización roja. Estos resultados se aproximan con los obtenidos por García Cortez donde identifica que el usuario percibe con menor calidad los

servicios nocturnos.¹⁴ Al igual que Burgos Moreno “donde reconoce la falta de atención, aseo y confort durante la noche, lo cual relaciona con la escasez del personal y poca empatía por el usuario.”

De acuerdo a la literatura, para lograr el bienestar en el paciente hospitalizado, la calidad técnica, la calidez y eficiencia son fundamentales.⁶ Estos aspectos son cruciales sobre todo en los hospitales públicos, donde existe una mayor carga de trabajo, menores recursos e infraestructura, lo que limita la atención de calidad. La calidad de la atención técnica de enfermería se refiere a la percepción del paciente acerca de la atención que recibe por personal de enfermería actualizado y competente en el desempeño de sus funciones, que proporcione atención individualizada, una valoración oportuna que esté atenta a cualquier cambio que se presente, que responda siempre a la llamada del paciente cuando éste lo necesite, que alivie el dolor y proporcione el confort necesario para que el paciente se sienta mejor, que proporcione información veraz, oportuna y en términos comprensibles. Estos aspectos determinan los resultados y fomentan el bienestar.⁶¹

IX CONCLUSIONES

El objetivo central de esta investigación fue analizar el trato digno que proporciona enfermería con la finalidad de reconocer las áreas de oportunidad para mejorar la calidad de los servicios de enfermería en lo referente a calidad interpersonal. Los resultados de la presente investigación serán de utilidad para el perfeccionamiento o creación de nuevas investigaciones, programas o proyectos de mejora continua o así bien el fortalecimiento de las áreas de oportunidad.

En general la puntuación global para trato digno se encuentra en semáforo rojo para esta institución por lo que se debe hacer hincapié y seguir trabajando con cada uno de las variables de trato digno sin embargo es con la dimensión empatía y confianza con las que se debe redoblar esfuerzos dado que se encontró el porcentaje más bajo.

Es alentador conocer que a través de la investigación se identifican las situaciones por las que atraviesa el cuidado que otorga enfermería por lo que se considera necesario continuar investigando para llegar a las causas y establecer intervenciones que mejoren el indicador y por ende garantice la calidad interpersonal, ya que ésta es la base de la atención integral de enfermería.

Evaluar al personal de manera individualizada garantiza resultados más efectivos y certeros. Ya que de manera general no se pueden encontrar áreas de oportunidad para la mejora continua y la búsqueda de la calidad en la atención.

X RECOMENDACIONES

- Evaluar el trato digno de forma periódica y aleatoria.
- Se debe hacer hincapié al personal de enfermería en la importancia de orientar al paciente sobre los cuidados que debe tener en casa.
- Es importante señalar que los usuarios consideran que el personal de enfermería no acude a su llamado de forma inmediata por lo que es un área de oportunidad para seguir educando al personal.
- Realizar intervenciones educativas orientadas a reforzar los valores que se centra el trato digno.
- Invitar al personal operativo a que participe en la medición de la evaluación, de esta forma incitar a que conozca la forma de evaluación, ya que durante la recolección final el personal operativo hacía mención en desconocer cuales eran los puntos que evaluaba el trato digno.
- Se recomienda revisar el instrumento y la forma de evaluación por parte del sistema INDICAS para obtener mejores resultados en sus mediciones.

XI BIBLIOGRAFIA

- 1.-La calidad de la atención a la salud en Mexico a travez de sus instituciones. [Internet]; Mexico, D.F; [consultado 14 de Febrero de 2014]. Disponible en: www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial_01A.pdf.
- 2.- La calidad de la atención sanitaria. [Sitio web];Mexico,D.F [consultado 14 de Febrero 2014]. Disponible en : www.cordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa.suhol.pdf.
- 3.- Negrete Arredondo. Trato Digno: Reto Cotiidano. CONAMED. 2009 Octubre-Diciembre; 14(1). (33-36)
- 4.- Calidad.Salud.La calidad como eje transversal de los sistemas de salud. [Internet]. [Consultado 14 de Febrero de 2014]. Disponible en <http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/publicaciones/CASMI-13.pdf>
- 5.- Salud.Gob. Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. [Internet]; Mexico D.F. [consultado 15 de Febrero 2015]. Disponible en: www.enfermerianutricion.uaslp.mx/Documents/ID_7.pdf.
- 6.- Carrillo-Martínez M, Martínez-Coronado L, Mendoza López JR, Sánchez-Moreno A, Yáñez Torres R. Cumplimiento del Indicador De Calidad Trato Digno proporcionado por el personal de enfermería.Rev.Enf.IMSS.2009; 17(3):139-142.
- 7.- Salud.gob, Trato adecuado: preguntas y respuestas. Secretaria de Salud.[sede web]; [acceso 12 de noviembre de 2014]; Disponible en http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluación/evaluación/trato/preguntas_trato.pdf. ile:///H:/tesis%20trato.pdf
- 8.- Gutiérrez García C, Cortes Escarceaga I. Percepción del usuario del trato digno por enfermería en un hospital del estado de Mexico.CONAMED.2012; (17); 18-23
- 9.- Salud.Gob, Plan Nacional De Desarrollo 2013-2018, Programa Sectorial de Salud. [Internet]; Salud.gob.mx; [acceso 5 de noviembre de 2014] Disponible en <<http://www.salud.gob.mx/indicadores1318/pdf/programa.pdf>>
- 10.-Dged.salud, Dirección General de Evaluación de desempeño [sede web] Salud.gob; [acceso 22 de enero 2014] Disponible en http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/trato/doc_tecnico.pdf

- 11.- Comisión Nacional de Derechos Humanos México, Recomendación general sobre el derecho a la protección de la salud, 23 de abril del 2009. México. [Internet]; México, D.F. [citado el 5 de enero del 2016] Disponible desde http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/generales/RecGral_015.pdf
- 12.- Dgces.salud, INDICAS hospitalización formatos de recolección;[sede web]; [acceso 22 de enero 2014] disponible en <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/doctos/CUADERNILLO%20DE%20ENCUESTAS%20PARA%20HOSPITALES%20DE%20SEGUNDO%20NIVEL.pdf>
- 13.- Salud.gob, INDICAS II [sede web] dgces.salud: Gob.mx; [Internet] 2013 [actualizada en 2013]; acceso 22 de enero 2014]. Disponible en: <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/indicall.php?P=201303&N=00&G=TD&E=N00000&radiobutton=J&l=i8&C=c29&V=v114&Submit=Consultar>. Consultado 22 de enero de 2014.
- 14.- Gutiérrez García C, Cortes Escarceaga I. Opinión del usuario del trato digno por enfermería en un hospital del estado de Mexico.CONAMED.2012; (17); 18-23
- 15.- Cortes Pineda E. Efectos de una Intervención Educativa En Los Indicadores de Calidad Trato Digno: Opinión de Usuarios.ALADEFE.2014;(4)
- 15.- Nieto González A, Romero Quiroz M, Córdova Ávila M, Campos Castolo M. Opinión del trato digno por la mujer embarazada en la atención obstétrica de enfermería.CONAMED.2011; 16: 56-6
- 16.- Nieto González A, Romero Quiroz M, Córdova Ávila M, Campos Castolo M.Opinión del trato digno por la mujer embarazada en la atención obstétrica de enfermería.CONAMED.2011;16:56_6
- 17.- Sánchez Chiñas M, Evaluación del trato: Perspectiva de los usuarios de la consulta externa de especialidades del hospital general de zona 11 del IMSS.Cdigital, 2009:255-283.
- 18.- Maldonado De La Fuente V, Omaña Martínez V, Castolo Campos M, Zavala Suarez E. Evaluación de la satisfacción de las mujeres que realizan una interrupción legal, del embarazo con base al indicador de trato digno.CONAMED.2010;(15):125-139.
- 19.- Guerrero Castillo JJ. Calidad de Excelencia, centrada en el usuario. Índice de Enfermería [Índex Enferm] (edición digital) 2003; 43. Disponible en: [/index-enfermeria/43revista/43_articulo_70.php](http://index-enfermeria/43revista/43_articulo_70.php) Consultado el 15 noviembre 2014.

20.- Llinas Delgado A. Evaluación de la Calidad de la atención en salud, un primer pasó para la reforma del sistema.Uninorte. Barranquilla 8Col) 2010; 26(1):143_154.

21.- Pediatría.gob, Programa estratégico mejora continua de la calidad en el cuidado de enfermería en áreas críticas de pediatría. [Sede web] Pediatría.gob; 2013; acceso 12 de enero de 2014) Disponible en www.pediatría.gob.mx/diplo_areas.pdf

22.- Rodríguez Salva A, Pérez Álvarez A, Sosa Lorenzo. Inventario Del clima Organizacional como una herramienta necesaria para evaluar la calidad del trabajo. Scielo.2010; (48).

23.- Donabedian Avendis. La calidad de la atención médica: Definición y métodos de evaluación. La prensa Medica Mexicana; 1991

24.- Mercedes Moguel Anchita A, Valdez Olmedo E, Gonzales Pier E, Martínez González Gabriel. Universalidad de los servicios de salud en México. Redalyc. 2013; 55(1):1-64.

25.- Stufflebeam, D. y Schinkfield, A. Evaluación Sistemática. Guía teórica y práctica. Colección Temas de Educación. Barcelona: Paidós. (1985). Disponible en <http://postgrado.una.edu.ve/evaluacionaprendizajes/paginas/stufflebeamcap1.pdf>

26.- Ite.educacion. La evaluación en educación a distancia. [Sede web] Ite.educacion; acceso 22 de febrero de 2014) Disponible en http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/90/cd/cursofor/cap_4/unidad4.htm

27.- Aguirre H. Evaluación y garantía de la calidad de la atención médica. Salud Pública Mex.1991: 33:623-29.

28.-Calidad. Salud, Programa de Acción SICALIDAD [sede web] Calidad.salud.Gob.mx; 2012-[actualizada 2012; acceso 3 de febrero de 2014] Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/calidad/pa_sicalidad.pdf

29.- Melleiro M, Indicadores de calidad en enfermería [sitio internet] Enfermeria.unal; 2012; acceso 21 de febrero 2014) Disponible en: <http://www.enfermeria.unal.edu.co/cei/Documentos_Memorias/XVI%20Seminario%20Internacional%20de%20Cuidado/Ponencias/Dr%C2%AA%20Marta%20Maria%20Melleiro%20>

- 30.- Burgos Moreno M: Enfermería como profesión. Revista cubana de enfermería. 2009; 25(1-2) sede web
- 31.- Paho.org, Regulación de Enfermería en América Latina [sitio internet] Índex. php; 2011; [acceso 26 de enero 2014]; Disponible en <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=16768&Itemid=721&lang=en>
- 32.- Pisa.com, Capitulo 1 Marco Ético y Legal de la profesión de enfermería. [Sede web] Pisa.com [acceso 12 de febrero 2014] Disponible en: <http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/1_1.htm>
- 33.-Torres Mora C, Rivas Espinoza J, Opinión del paciente hospitalizado sobre el trato digno proporcionada por una enfermera-enfermero. Enfermería Cardiologica.2010; (18): 60-64.
- 34.- Cofepri.gov. Decreto por el que se reformo el artículo 51. [Sede web] Cofepri.gov. [acceso 12 de Febrero 2014] Disponible en <[http://file:///C:/Users/WIN7%20USER/Downloads/art51170409%20\(2\).pdf](http://file:///C:/Users/WIN7%20USER/Downloads/art51170409%20(2).pdf)>
- 35.- Nava Galván M, Zamora Ruiz P, Opinión del trato digno de los familiares de los enfermos neurológicos en el instituto nacional de Neurología y Neurocirugía. Enf Neurol. 2010;(9); 32-38.
- 36.- Artinaid.com. ¿Qué es la comunicación? Artinaid.com. [sitio internet] (actualizada abril 2013; acceso 28 de enero 2014) Disponible en: [http](http://www.artinaid.com)
- 37.-Inés Parra D, Arango Bayer G. Validez y confiabilidad de las escalas de comunicación y coordinación para medir rol interdependiente en enfermería: av.enferm.2010; (1): 51-62.
- 38.- Alférez Maldonado A. La comunicación en relación de ayuda al paciente en enfermería. Dialnet. 2012 ;(3); 147-157.
- 39.- Rossi Cecilia. El cuidado enfermero desde una mirada multidimensional. Vea: 3-5. Disponible en <<http://es.scribd.com/doc/177600402/Paper-Enfermeria>.> Consultado
- 40.- Hueso Navarro F, Cid Hernández M.J, Huercanos Esparza I, Giral Gueembe A. El significado del cuidado: Opinión de los usuarios de dos áreas de salud de Navarra y Sevilla. Fundación Index.2012; 6(15): 1-10.
- 41.- Martínez Riera J, San Juan Quiles Realidad de los Cuidados Continuados en España.Tesela.2011; (9).

42.- Cardona Torres L, García Campos M. La empatía, un sentimiento necesario en la relación enfermera-paciente. Desarrollo Cientf Enfer.2010; 18 (3):1-5

43.- Cultura de los Cuidados, La empatía según Edith Stein y sus aplicaciones en enfermería en el contexto familiar [sede web] Revista de Enfermería y Humanidades; 2008- [actualizada 2012; acceso 18 de febrero 2014] Disponible en: <<http://culturacuidados.ua.es/enfermeria/article/view/302>.>

44.- Fernández, Hilda; Escobar Rivero, Digna Yolanda; Romero Castillo, Petra Trinidad; Coromoto Ramírez, Omaira. Cuidado proporcionado por la enfermera y satisfacción del enfermo hospitalizado en una institución privada. Tesela [Rev. Tesela] 2012; Consultado el 18 de Febrero 2014 Disponible en <<http://www.index-f.com/tesela/ts12/ts8054.php>.>

45.-Universidad del Rosario, Respeto; [sede web] Universidad del Rosario; Consultado el 15 de agosto 2104, Disponible en <<http://www.urosario.edu.co/Bienestar-Universitario/ur/Programas-de-Asesoria-en-Salud/Respeto/#.Uwwgffl5MXs>>

46.- Confías. Wordpres. ¿Qué es la confianza? [Sede web] Confías Worspres; acceso 22 de agosto de 2014) Disponible en: <<http://confias.wordpress.com/que-es-la-confianza/>.>

47.- Protocolo.org. La amabilidad. Ser una persona amable.[sede web] Protocolo.org; acceso 22 de agosto de 2014; Disponible en <http://www.protocolo.org/familiar/vida_familiar/la_amabiliad_ser_una_persona_amable_comportamiento_en_la_vida_diaria.html>

48.- NI.gob. Valores, respeto, Gobierno del estado de Nuevo León. [Sede web] nl.gob.mx; acceso 22 de agosto de 2014. Disponible en: <http://www.nl.gob.mx/?P=s_valores_respeto>

49.- Nava Gómez M, Brito Ortiz J, Valdez-Escobedo A. Trato digno otorgado por enfermeras en centros de salud en Morelos, México. Rev. Enf IMSS.2011; 19 (2): 91-98.

50.-Díaz, E, Rivera S. [página en internet]. Algunas consideraciones para una ética aplicada a la investigación científica; Consultado 5 de agosto de 2014, Disponible en <http://www.estherdiaz.com.ar/textos/etica_invetigación.htm.>

51.- Código de Núremberg sobre experimentación humana, 1947. Tribunal internación de Núremberg.(Internet). (citado el 5 de agosto de 2014) Disponible en: <<http://www.bioeticanet.info/documentos/nuremberg.pdf>>

52.- Declaración de Helsinki- 18 a. Asamblea medica mundial;(Internet) (Consultado 5 de agosto de 2014,) Disponible en:<http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf

53.- Instituto de investigaciones legislativas del honorable del congreso del estado de San Luis Potosí informática legislativa. Ley de Salud del Estado de San Luis Potosí. Fecha de aprobación 17 de diciembre del 2004. Fecha de publicación 23 de diciembre del 2004.[Pagina web en internet] citado 21 de agosto 2014]. Disponible en: http://www.hospitalcentral.gob.mx/LEY_SALUD.pdf

54.- Acuerdo por el que se crea la Comisión Permanente de Enfermería. Diario Oficial, México. (Internet) México, D.F (citado 21 de agosto de 2014). Disponible en:http://www.himfg.edu.mx/descargas/documentos/transparencia/pot/fraccion_xiv/10acuerdo10.pdf.

55.- Ley General de Salud. Secretaria de Salud. México (Internet): (citado 11 de noviembre de 2015). Disponible desde http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf revisada 20 julio 2015

56 - Martínez Ibarra. Cumplimiento del indicador trato digno por enfermería en la consulta externa de un hospital de tercer nivel. (Internet): (citado 16 de noviembre de 2015) Disponible desde.<http://eprints.uanl.mx/3049/1/1080227443.pdf>

57.- Puebla Viera D, Ramírez Gutiérrez A, Ramos Pichardo, Moreno Gómez M, Opinión del paciente de la atención otorgada por el personal de enfermería. Rev.Enf.IMSS; 17 (2):97-102.

58.- Watson J. Ponencia del primer Congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. I [Internet]. México: [Citado el 10 de diciembre de 2015]. Disponible en: http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson

59.- Código de conducta para la enfermería en México [Internet]. México: [citado el 14 de diciembre de 2015]. Disponible desde <http://www.aguascalientes.gob.mx/coesamed/pdf/enfermeria.pdf>

60.-Jimenez, Villegas MC. Satisfacción del usuario como indicador de calidad.Rev.Mex Enferm Cardiol.2003; 11(2):58-65.

- 61.- Moreno M, Interrial G. Opinión del paciente acerca de su bienestar durante la hospitalización. *Índex. Enferm* 2012; 21 (4); [Citado el 10 de diciembre de 2015]. Disponible desde http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300002
62. - Ward J. The Empathy Enigma: An Empirical Study of Decline in Empathy Among Undergraduate Nursing Students. [Internet]. [Citado el 10 de diciembre de 2015]. Disponible desde <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S8755722311001621>
- 63.-Alferez M. La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Almería. file:///C:/Users/electronica/Downloads/Dialnet-LaComunicacionEnLaRelacionDeAyudaAlPacienteEnEnfer-4059330.pdf
- 64.- Díaz. R.S. Percepción del paciente hospitalizado sobre el trato digno otorgado por el personal de enfermería. [Internet].Junio 2014. [Citado el 10 de diciembre de 2015]; Disponible desde http://www.himfg.edu.mx/descargas/documentos/transparencia/pot/fraccion_xiv/10acuerdo10.pdf
- 65.- Gutiérrez M. El trato humano ¿Incrementa el costo en la calidad de la atención . [Internet]. *Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2007; [Citado el 10 de diciembre de 2015]; 15 (3): 121-123. Disponible desde <http://www.um.es/calidadsalud/archivos/Articulo1-2007.pdf>
- 66.- Ceballos V. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado, [Internet]. 2010. [Citado el 10 de diciembre de 2015]; 16 (1). Disponible desde http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100004
- 67.- Ramírez P. A, Parra V. M Opinión de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos [Internet]. 2011. [Citado el 10 de diciembre de 2015]; (1): 97-108. Disponible desde: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v29n1/v29n1a10.pdf>
- 68.- Alba L, Fajardo O, Thixta L, Papaqui H. La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso México. [Internet]. 2012. [Citado el 24 de noviembre de 2015]; 11 (3): pp. 138-141. Disponible desde: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123d.pdf>

69.- Cinabal L, Arce C. La relación enfermera paciente [Internet]. Colombia; Ed Antioquia, 2009. [Citado el 24 de noviembre de 2015]; Disponible desde: https://books.google.com.mx/books/about/La_relaci%C3%B3n_enfermera_paciente.html?id=VFZkM262C6IC

70.- Borre O, Vega Y. Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados, [Internet]. 2014. [Citado el 24 de noviembre de 2015]; 20 (3). Disponible desde: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0717-95532014000300008

71.- Burgos Moreno M, Paravic-Klinj TM. Percepción de la violencia de los pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina y Cirugía de un hospital Público. Cienc, Enferm.2003; 9(2): 9-14.

ANEXOS

ANEXOS



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
 FACULTAD DE ENFERMERÍA
 UNIDAD DE POSGRADO
 MAESTRIA EN ADMINISTRACION DE LA ATENCION DE ENFERMERÍA
 CONSENTIMIENTO INFORMADO
 ANEXO 1



FORMATO DE RECOLECCION: TRATO DIGNO

Las siguientes preguntas son respecto a la atención recibida por parte del personal de enfermería. Seleccione la respuesta correcta.

ITEM	SIEMPRE (3)	CASI SIEMPRE (2)	ALGUNAS VECES (1)	NUNCA (0)
1.- ¿Al momento de atenderlo la enfermera(o) lo saluda de forma amable?				
2.- ¿La/El enfermera(o) se dirige a usted por su nombre?				
3.- ¿La/el enfermera(o) le explica sobre los cuidados o actividades que le realizan?				
4.- ¿La/el enfermera(o) se interesa dentro de lo posible que su estancia sea agradable?				
5.- ¿La/el enfermera(o) procura ofrecerle las condiciones necesarias para mantener su intimidad?				
6.- ¿La/el enfermera(o) le brinda seguridad al atenderle?				
7.- ¿La/el enfermera(o) lo respeta al proporcionarle su cuidado?				
8.- ¿La/el enfermera(o) lo orienta sobre los cuidados que debe tener de acuerdo a su padecimiento?				
9.- ¿La/el enfermera(o) lo atiende de forma amable durante su turno?				

ITEM	SIEMPRE (3)	CASI SIEMPRE (2)	ALGUNAS VECES (1)	NUNCA (0)
10.- ¿Siente confianza con la/el enfermera(o) que le proporciona cuidados?				
11.- ¿La/el enfermera(o) se toma el tiempo necesario para examinarlo?				
12.- ¿Considera usted que la/el enfermera(o) se interesa por escucharlo?				
13.- ¿La/el enfermera(o) es amable al dirigirse a usted?				
14.- ¿La/el enfermera(o) le brinda la confianza suficiente para preguntar sus dudas sobre los cuidados y tratamiento a seguir en su domicilio?				
15.- ¿A su ingreso al servicio el personal de enfermería lo recibió de manera amable?				
16.- ¿La/el enfermera(o) acude a su llamado en un tiempo razonable?				
17.- ¿La/el enfermera(o) le brinda confianza suficiente para que usted le comente sus problemas de salud?				
18.- ¿La/el enfermera(o) son comprensivas al escuchar sus problemas?				
19.- ¿La/el enfermera(o) lo mira a los ojos cuando se dirige a usted?				
20.- ¿La/el enfermera(o) respeta su individualidad (a usted como persona única, sus creencias y costumbres)?				



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO
MAESTRIA EN ADMINISTRACION DE LA ATENCION DE ENFERMERÍA



ANEXO 2

El siguiente cuestionario es para identificar los datos sociodemográficos de los usuarios que participaran en la investigación.

Fecha: _____

Folio: _____

Servicio _____ Turno: M () V () N ()

Horas de hospitalización _____

INSTRUCCIONES:

Una vez que se ha decidido a participar en el estudio se le solicita que conteste las siguientes preguntas. Gracias.

1.- Edad en años cumplidos: _____

Marque con una cruz la opción que corresponda:

2. – Sexo:

a) Masculino _____ b) Femenino: _____

3.- Escolaridad:

a) Ninguna _____ b) Primaria _____ c) Secundaria _____ d) Preparatoria _____

e) Profesionista _____

3.- Ocupación:

a) Empleado _____ b) Obrero _____ c) Ama de casa _____ d) Estudiante _____

e) Jubilado _____

4. - Radica:

a) Medio urbano _____ b) Rural _____ especifique: _____

5.- Estado civil:

a) Soltero _____ b) Casado _____ c) Unión libre _____ d) Separado _____ e) Viudo _____

6.- Derechohabiencia:

a) Seguro popular _____ b) IMSS _____ c) ISSSTE _____ d) Ninguna _____



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
 FACULTAD DE ENFERMERÍA
 UNIDAD DE POSGRADO
 MAESTRIA EN ADMINISTRACION DE LA ATENCION DE ENFERMERÍA
 CONSENTIMIENTO INFORMADO
 ANEXO 3



Lugar: _____ Fecha: _____

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado: “Evaluación del indicador trato digno proporcionado por enfermería en unidades para adultos de un hospital general” El objetivo de este estudio es conocer el trato digno proporcionado por el personal de enfermería en cada uno de los usuarios a su cargo.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en el llenado de un cuestionario. Declaro que se me ha informado con amplitud sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

El investigador principal el cual se presenta con el nombre de L.E María Luisa Beltrán López se compromete a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que plantee acerca del estudio en el que participare así como los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención medica que recibo de la institución hospitalaria.

El investigador se ha comprometido en la confidencialidad con la garantía que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados con confidencialidad. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

 Nombre y firma del usuario

 L.E María Luisa Beltrán López

 Testigo



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO
MAESTRIA EN ADMINISTRACION DE LA ATENCION DE ENFERMERÍA
CARTA DE NO CONFLICTO DE INTERESES
ANEXO 4



Con fundamento en lo establecido en la NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, me comprometo como investigador a actuar bajo principios de Ética profesional, sin haber interés particular o de otra índole que no sea el académico, con apoyo en el artículo 7.4.5, que indica la necesidad de emitir una carta de no conflicto de intereses. Así mismo, cumplir con los artículos que se mencionan en las consideraciones Éticas de este proyecto de investigación.

De esta manera, se manifiesta que en la investigación “Evaluación del indicador trato digno proporcionado por enfermería en unidades para adultos de un hospital general”, no existe conflicto de interés tanto económico o profesional, para la elaboración de la presente investigación, desde el inicio del proyecto, hasta la culminación de la publicación de resultados.

Durante la elaboración de la presente investigación serán respetados el derecho de autor y la propiedad intelectual de los resultados de la investigación que le serán conferidos a la responsable de la investigación, LIC. ENF. MARIA LUISA BELTRAN LOPEZ, y como co-autoras LIC. ENF. CLAUDIA ELENA GONZALEZ ACEVEDO y LIC. ENF. MA. ELSA RODRIGUEZ PADILLA, comprometiéndose a actuar en conformidad con los principios de ética profesional que se establecen en el código de ética, además de comprometerse a la difusión de los resultados mediante publicación de los mismos en congresos y revista indexada, y serán responsables de la entrega de los resultados.

Se declara que para la publicación del artículo, que resulte de la investigación se presentará como primer autor a la LIC. ENF. MARIA LUISA BELTRAN LOPEZ compartiendo co-autoría con la LIC. ENF. CLAUDIA ELENA GONZALEZ ACEVEDO y la LIC. ENF. MA. ELSA RODRIGUEZ PADILLA. En caso de existir publicaciones subsecuentes se podrá hacer uso de la información generada en dicha investigación y la autoría y co-autoría serán de acuerdo a la contribución que cada uno de los involucrados realice para ir como primer autor previa autorización de la autora principal.

Es importante mencionar que se mantendrá la confidencialidad de la información que se genere en el proceso de la investigación, y en todo momento, los investigadores se conducirán con responsabilidad y profesionalismo en el desarrollo de sus intervenciones. Durante el periodo de la investigación, los datos serán resguardados en un lugar seguro y destinado para ello, en el cual solo los investigadores tendrán acceso a ello. Será responsabilidad del investigador principal financiar el proyecto.

Después de haber leído lo expuesto con anterioridad, manifiesto mi acuerdo y absoluta conformidad con las estipulaciones mencionadas.

Tesista: Lic. Enf. María. Luisa Beltrán López

Directora de tesis:
L.E. Claudia Elena González Acevedo

Co-Directora de tesis:
L.E. Ma. Elsa Rodríguez Padilla%